Políticas públicas de saúde mental como promotoras de cidadania e (re)inserção social:
um novo lugar para ser feliz?

Flávia Michelle Pereira Albuquerque

Políticas públicas de saúde mental como promotoras de cidadania e (re)inserção social:
um novo lugar para ser feliz?

Flávia Michelle Pereira Albuquerque

Dedico este livro aos meus filhos, Matheus, Julia e Arthur, e ao meu companheiro de vida, Gustavo. Eles sempre me motivam e apoiam, além de tornarem meus dias mais lindos e meus estudos mais significativos.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional ao meu desejo de estudar constantemente.

Ao meu companheiro de vida, Gustavo, e aos meus filhos, Matheus, Julia e Arthur, por sempre estarem ao meu lado, me incentivando a seguir em frente, mesmo com tantas noites em claro, dias de estudo e distanciamento físico, mas nunca emocional.

À minha orientadora do Mestrado, Enise Barth, por acolher o estudo que originou esta publicação, já iniciado pelas mãos e pelos olhares de outros professores, os quais tiveram que sair desta caminhada. Agradeço pelas trocas intensas de e-mails e mensagens de texto, pelas horas de orientação, por compartilhar sua experiência e seus saberes e por amparar minhas angústias na reta final da dissertação.

Aos usuários e familiares, que acolheram o projeto que escolhi para o Mestrado e contribuíram para sua realização e, agora, para este livro.

Aos colegas, com os quais compartilhei e aprendi muito sobre Desenvolvimento e Políticas Públicas, principalmente pelo companheirismo, pelo respeito, pela parceria e pela amizade durante o Mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas da UFFS, pela formação de qualidade ofertada.

Aos professores Cesar de Miranda e Lemos e Sandra Vidal Nogueira, que estiveram ao meu lado na construção da dissertação da qual decorreu este livro e que, por razões maiores, seguiram seus caminhos. Mas tiveram posição de grande importância na minha busca pelo conhecimento e desejo de pesquisar o tema aqui abordado.

Aos meus mestres de outrora que me guiam, ainda que em terras distantes, com seus ensinamentos, modos de perceber a vida e caminhar por ela.

Aos amigos e colegas de luta em saúde mental, pela parceria, pelo respeito, pelas trocas intensas de saberes e vivências. E que não sejamos ludibriados neste momento que está por vir de novas lutas pelos direitos e liberdades dos sujeitos em sofrimento mental. Que não sejamos calados, que nossos desejos de uma sociedade melhor e mais humanizada sejam orientadores de nossos passos.

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.”

Machado de Assis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 8

POLÍTICAS PÚBLICAS 13

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 17

SAÚDE MENTAL 30

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DE SANTA ROSA 68

UM NOVO LUGAR PARA SER FELIZ? 97

CONSIDERAÇÕES FINAIS 115

REFERÊNCIAS 121

1 INTRODUÇÃO

A política pública de saúde mental, até o início do século XX, era caracterizada por controversos métodos de tratamento, tais como a eletroconvulsoterapia, as neurocirurgias, o coma insulínico e o isolamento do paciente do meio social e familiar. Por mais de duzentos anos, a relação da sociedade ocidental com as pessoas em sofrimento mental foi de longas e intermináveis internações em hospitais psiquiátricos, caracterizadas pelo abandono e pela violência (AMARANTE, 2007). Com a desinstitucionalização, após a Segunda Guerra Mundial e mais profundamente nos anos 70, o indivíduo portador de transtorno mental deixou de ser atendido exclusivamente em hospitais psiquiátricos e ganhou outros tipos de tratamento, em serviços de base territorial e junto aos familiares e à comunidade.

Amarante (2007) explica que o conceito de alienação mental, bem como o de doença e transtorno mental, agregou atitudes sociais negativas, de medo e rejeição, vinculadas às concepções de periculosidade, incapacidade, irracionalidades oriundas da caracterização desses indivíduos. Milhares de pessoas morreram em hospitais psiquiátricos em todo mundo. Somente após a Segunda Guerra Mundial, o cenário de abandono e de violência começou a ser repensado; em 2005, Basaglia resumiu esta condição, de forma decisiva e reveladora, ao referir-se aos "crimes de paz" cometidos em nome da ciência, da ordem e da razão. O autor alertou que o hospital psiquiátrico, ainda que maquiado, continua sendo uma "gaiola de ouro" em que não há cidadania, liberdade e autonomia.

Para Brischiliari e Waidman (2012), com a Reforma Psiquiátrica, houve uma reorganização da saúde mental no Brasil, o que oportunizou: aumento do acesso à atenção em saúde mental; desinstitucionalização de indivíduos com longas internações psiquiátricas; recursos antes utilizados nas ações hospitalares passaram a ser investidos nas ações extra-hospitalares; implantação de ações de saúde mental na atenção básica; fechamento de 16.000 leitos em hospitais psiquiátricos;

redução de leitos dos hospitais psiquiátricos restantes; enfrentamento da inclusão social pelo trabalho como desafio intersetorial.

Conforme os autores (2012), uma das medidas adotadas foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pelo Ministério da Saúde (MS). Com isso, muitas pessoas que ficavam em instituições fechadas passaram a utilizar esse tempo no convívio diário com seus familiares e cuidadores no domicílio e em acompanhamento nesses centros. Nesse novo contexto, o indivíduo portador de sofrimento mental pode retomar o curso de sua vida, exercendo sua cidadania, pois deixa de ser desprovido de direitos, diferentemente do que acontecia no modelo anterior.

A participação do indivíduo com sofrimento mental no contexto da família implica, principalmente, sua aceitação pelos familiares, devido aos seus comportamentos e sintomas gerados pela patologia que podem causar dificuldades diversas no seio familiar. Essa situação é agravada pela concepção que a sociedade tem da pessoa portadora de transtorno mental, pois ainda existe, no imaginário social, a imagem do sujeito perigoso e violento, reforçando o preconceito e estigma por vezes também preexistente na própria família (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

A família, concebida como a responsável pela formação e desenvolvimento dos filhos, ao deparar-se com a enfermidade psíquica, tende ao isolamento social em virtude das recaídas, das reinternações e do distanciamento da possibilidade de cura da pessoa com transtorno mental. Tais situações são produtoras de frustração e incertezas tanto para os familiares quanto para os sujeitos com sofrimento mental.

Até os anos 80, o cuidado do transtorno mental era realizado, geralmente, pelo médico em hospital. A Constituição Federal de 1988 implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) e a municipalização, que, em Santa Rosa/RS, aconteceu em 1993, como gestão incipiente; um ano após, tornou-se gestão semiplena; no ano de 1995, tornou-se Fundação, órgão da administração indireta com personalidade jurídica de direito público. Diante do exposto, a pesquisa que originou esta publicação teve como tema as Políticas Públicas de Saúde Mental como Promotoras de Cidadania e (Re)inserção Social. O objeto de estudo foi o município de Santa Rosa, situado a noroeste do estado do Rio Grande do Sul, o qual já elaborava Programas de Atenção Integral à Saúde, que foram revisados e ampliados no ano 2000.

Em 2008, o município elaborou os Protocolos Técnicos Assistenciais que norteavam a conduta dos profissionais da saúde na rede pública de saúde do município. Em março de 2008, começa o funcionamento do CAPS II – Novo Rumo no município de Santa Rosa/RS. A partir de 2010, a Política Municipal de Saúde Mental, que até então era centrada no atendimento médico e psicológico, ampliou-se com a instituição da Coordenação da Área Técnica em Saúde Mental. Seu objetivo era qualificar a atenção e a gestão do cuidado em nível local. Ao final de 2017, a gestão pública municipal de saúde de Santa Rosa/RS instigou os profissionais da saúde, já inseridos nas Áreas Técnicas, a elaborarem as Linhas de Cuidado, começando a construção da Linha de Cuidado da Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa. O objetivo foi elaborar os fluxos dos usuários na rede municipal de saúde e assistência, além de elencar pontos norteadores de ações e estratégias para os serviços de atenção à saúde, bem como articular os serviços para melhoria das condições de acesso e tratamento aos sujeitos em sofrimento mental.

Com a Reforma Psiquiátrica, implantou-se um modelo de atenção à saúde mental, formado por uma equipe mínima de diversas áreas do conhecimento humano, para pensar a terapêutica. Ou seja, outros discursos, além do discurso médico, começaram a participar da vida institucional e dos procedimentos que conduzem os planos terapêuticos dos usuários em sofrimento psíquico. A descentralização da posição de um discurso único na condução dos casos abriu novas possibilidades de intervenções, as quais produzirão sintomas que diferem dos que se instituíram a partir da concepção hospitalocêntrica. Desse modo, o cuidado na Atenção Básica de Saúde e nos CAPS toma forma e aproxima o usuário de sua família e comunidade.

Dezoito anos se passaram desde a promulgação da Lei 10.216/2001, que abriu as portas dos manicômios e devolveu seus ilustres internos às suas famílias e à sociedade, entretanto, ainda resta questionar: de que forma as políticas públicas de saúde mental são promotoras de cidadania e (re)inserção social no município de Santa Rosa/RS? A partir dessa problematização, buscou-se: identificar as políticas de saúde pública em saúde mental do município de Santa Rosa; examinar as práticas em saúde mental; investigar a família como lugar de tratamento humanizador para o usuário em sofrimento mental; verificar a percepção dos sujeitos que buscam os serviços de saúde mental sobre o seu entendimento

sobre perceber-se cidadão; e discutir que lugar de felicidade é este construído após a Reforma Psiquiátrica no município de Santa Rosa/RS.

A razão da escolha do tema justifica-se pelo fato de a pesquisadora atuar na Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR) há cinco anos como Psicóloga no Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), em equipes da Atenção Básica de Saúde do município, de já ter vivências de trabalho junto ao CAPS II do município e por estar envolvida na construção das linhas de cuidado que norteiam o trabalho dos profissionais da instituição. Desse modo, há interesse pelas políticas públicas que regem o fazer diário dos profissionais da saúde do município.

A pesquisa realizada insere-se na Linha "Estado, Sociedade e Políticas Públicas", a qual envolve projetos que abordam tanto questões teóricas sobre o Estado, as Políticas Públicas e o Desenvolvimento, como análises das experiências de desenvolvimento e das relações entre desenvolvimento, variáveis socioculturais e políticas públicas. Julgou-se importante analisar o processo de formulação, implementação e impacto da Política Pública de Saúde Mental do município de Santa Rosa/RS sobre a realidade dos sujeitos que usufruem dela.

Na literatura, foram identificados estudos semelhantes relacionados ao tema saúde pública e saúde mental, como Bisognin (2012), Borba (2010), Heidemann (2009) e Albuquerque (2017). Contudo, nenhum abordou tal enfoque proposto à saúde mental como promotora de cidadania e (re)inserção social, abordando o novo lugar para esse sujeito em sofrimento psíquico.

Este livro, resultado da dissertação selecionada em edital específico pela Editora UFFS, se constitui de sete seções principais, incluindo a Introdução e as Considerações Finais. Políticas Públicas apresenta desde a origem destas políticas, nos EUA, passando pelas diferentes situações no Brasil, que remete, inclusive, ao período colonial, com a chegada da corte portuguesa, a qual trouxe uma forma de lidar com os problemas de saúde que buscava aproximar-se de respostas científicas (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014), até chegar a 1988, quando foi promulgada a Constituição Federal, assegurando, em seu artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado; Sistema Único de Saúde (SUS) é tema principal da seção seguinte; Saúde Mental, com seis subtítulos, trata brevemente do contexto mundial e brasileiro de saúde mental, da criação e importância da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do poder exercido pela Psiquiatria, dos principais transtornos mentais, do sujeito com transtorno mental, da família e seu

papel junto ao sujeito com transtorno mental; Política Pública de Saúde Mental de Santa Rosa contempla a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa, a política municipal de saúde mental especificamente, a constituição e o funcionamento do CAPS Novo Rumo, a linha de cuidado da saúde mental, as ações concretas do dia a dia e a Iconografia das Flores, subseção que apresenta os casos estudados, atribuindo-se um nome de flor a cada uma das participantes; a seção intitulada Um Novo Lugar para Ser Feliz? tem a finalidade de apresentar como o sujeito com diagnóstico de transtorno mental está inserido em sua família e na comunidade, como está acontecendo sua (re)inserção social e o desenvolvimento de sua cidadania, objetivando apresentar este seu novo lugar na sociedade.

A pesquisa realizada teve abordagem qualitativa, com procedimentos técnicos de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A estratégia de investigação foi o estudo de caso. Os sujeitos da pesquisa foram quatro mulheres com diagnóstico de transtorno mental e cinco familiares, que residem no município de Santa Rosa, no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A escolha deste município se deu em virtude de a pesquisadora residir e desempenhar sua profissão nesse local; além disso, o município é referência nos serviços de saúde da 14º Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS). A coleta de dados ocorreu por meio de pesquisa documental, bibliográfica, entrevista e iconografia. A análise e a interpretação dos dados foram realizadas com análise de conteúdo.

A relevância deste estudo reside na possibilidade de produzir reflexões sobre a saúde mental no município de Santa Rosa/RS, as quais contribuem para o planejamento de ações que envolvem o usuário, o familiar e os serviços de saúde do município e promovem saúde, cidadania e completude do sujeito, além da construção de uma política pública de saúde mental acessível, qualificada, sensível e humanizada, centrada na saúde, no usuário, no desenvolvimento de práticas profissionais voltadas à assistência integral e a sua promoção em todos os níveis de atuação. Portanto, uma política pública pautada no respeito ao preconizado na Reforma Psiquiátrica, em defesa da vida e da cidadania[1].

---

1 O Ministério da Saúde emitiu em 04/02/2019 Nota Técnica nº11/2019CGMAD/DAPES/SAS/MS tendo como assunto Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Mudanças importantes foram realizadas, como a inclusão de Hospitais Psiquiátricos na RAPS, indo contra o que se preconizou e se lutou na Reforma Psiquiátrica de 2001.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS PÚBLICAS

"Nas escolas, nas ruas, campos, construções
Somos todos soldados, armados ou não
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais braços dados ou não
Os amores na mente, as flores no chão
A certeza na frente, a história na mão
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Aprendendo e ensinando uma nova lição."
(Pra não dizer que não falei das flores – Geraldo Vandré)

Entender a origem e a ontologia de uma área do conhecimento, de acordo com Souza (2006), é importante para melhor compreender seus desdobramentos, sua trajetória e suas perspectivas. A política pública enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica nasceu nos EUA, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos. Segundo o autor, na Europa, a área de política pública surge como desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado – o governo –, produtor de políticas públicas. Já nos EUA, a área inicia no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos.

Souza (2006) resume política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. Nos governos democráticos, a formulação da política pública constitui-se como o momento de tradução dos propósitos e das plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados e mudanças no mundo real.

Lowi (1964; 1972, apud SOUZA, 2006) desenvolveu a máxima "a política pública faz a política", querendo dizer que cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas. Para ele, a política pública pode assumir quatro formatos: 1) políticas distributivas, em que as decisões tomadas pelo governo desconsideram a questão dos recursos limitados, geram impactos mais individuais do que universais e privilegiam certos grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo; 2) políticas regulatórias, que são mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse; 3) políticas redistributivas, que atingem maior número de pessoas e impõem perdas concretas no curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuro para outros; são, em geral, as políticas sociais universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário e são as de mais difícil encaminhamento; 4) políticas constitutivas, que lidam com as regras e os procedimentos a partir das quais devem ser formuladas e implementadas outras políticas.

As políticas públicas "tomam forma" por meio de programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos, inovações tecnológicas e organizacionais, subsídios governamentais, rotinas administrativas, decisões judiciais, coordenação em rede, atores sociais, gasto público direto, dentre outros. Pode-se ter como exemplo as políticas públicas de saúde, de educação, de justiça e cidadania, de economia etc. Essas políticas públicas são respostas do Estado às necessidades da população; cada área específica que afeta a vida do cidadão merece uma resposta do Estado, gerando, então, políticas públicas em cada uma delas.

As políticas públicas de saúde remetem ao Brasil Colônia (1808), quando a corte portuguesa se transferiu para cá, trazendo uma forma de lidar com os problemas de saúde que buscava aproximar-se de respostas científicas, conforme Jorge, Carvalho e Silva (2014). Na época, o médico que acompanhava a família real fundou as faculdades de medicina de Salvador e Rio de Janeiro. Os autores

revelam que, até o final do século XIX, não houve mudanças significativas na área de saúde no país. Apenas no início do século seguinte o Rio de Janeiro, considerado cidade doente, começa a receber cuidados de saúde pública, como a abertura de avenidas grandes e o despejo de milhares de moradores de habitações populares, sobretudo, dos cortiços, baseada na experiência francesa de urbanismo.

Além disso, houve a intervenção direta sobre o corpo do cidadão carioca fazendo o enfrentamento à febre amarela e, posteriormente, à varíola, obrigando a vacinação, o que levou ao descontentamento da população e gerou a Revolta da Vacina, em 1904, segundo Jorge, Carvalho e Silva (2014). A oferta regular de serviços de saúde se concretizou somente em 1923, baseada no modelo da Alemanha, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os trabalhadores das redes ferroviárias, e, mais tarde, para outras categorias de trabalhadores. As CAP tinham seu funcionamento autônomo e disponibilizavam benefícios – aposentadorias e pensões, consultas médicas, auxílio para medicamentos, entre outros – ao trabalhador contribuinte e sua família.

O modelo de atenção à saúde foi sendo implementado e melhorado, mas ainda precisava de transformações severas. Então, no início da década de 1980, tornou-se indispensável revisar o modelo previdenciário e de assistência à saúde¬¬ existente no Brasil do modo como estava organizado, que excluía desempregados e trabalhadores não contribuintes da previdência. Conforme Jorge, Carvalho e Silva (2014), com a abertura política no Brasil, a partir da década de 80, reacende na sociedade o desejo de mudanças no sistema de saúde, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que teve como resultado a Constituição Federal (CF), em 1988. Em seu artigo 196, a CF assegura a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". A regulamentação dessas proposições ocorreu dois anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (leis nº 8080/90 e 8142/90), que criou e regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), provocando transformações significativas no sistema de saúde brasileiro, podendo ser considerada a maior conquista do movimento de Reforma Sanitária no Brasil desde 1970.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do "movimento sanitário", nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade

na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. No ano de 2001, foi promulgada, no Brasil, a Lei Federal Nº 10.216, que definiu e garantiu a internação hospitalar como último recurso no tratamento de transtornos mentais e o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base comunitária. O Brasil implementou um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais a partir de serviços comunitários territorializados.

Após a Lei Nº 10.216/2001, são criadas linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005). E a rede de atenção diária à saúde mental experimenta, então, uma importante expansão, alcançando locais onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Nesse mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa "De Volta para Casa" (BRASIL, 2005). Além disso, políticas para a questão do álcool e de outras drogas são traçadas, incorporando a estratégia de redução de danos. A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do SUS, rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90.

A rede de atenção à saúde mental, composta por CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais Gerais, entre outros, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Ela foi pensada e teve como base a reinserção dos sujeitos com transtorno mental na sua comunidade.

CAPÍTULO 3

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Forró do SUS

O SUS está presente em nossa vida
De tantas formas que você nem imagina
No dia a dia do idoso e da idosa
Homem, mulher, menino, menina
O SUS está conosco em toda parte
Na prevenção, na promoção da saúde
Tá no remédio cuidando do coração
No meu SUS ninguém mete a mão
O SUS é meu / Também é seu
O SUS é nosso / O SUS é do Brasil
O SUS é povo / Como festa de São João
No SUS ninguém mete a mão
(Rangel Júnior)[1]

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Abrange desde o mais simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda população do Brasil. Foi criado a partir da Constituição Federal de 1988 e integra

---

1 Rangel Júnior é psicólogo, professor e ex-reitor da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O próprio compositor canta o forró, acompanhado por Luizinho Calixto na sanfona.

um conjunto de ações e de serviços de saúde prestados pelas instituições públicas federais, estaduais ou municipais e por entidades a elas vinculadas, conforme previsto nos artigos constitucionais 196 e 200 e regulados pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Ele representa a descentralização e a democratização dos serviços de saúde, com a participação efetiva da comunidade.

De acordo com Figueiredo Neto *et al.* (2019), em 1889, proclamada a República, o Brasil é dominado pelas oligarquias formadas pelos coronéis – "manda-chuvas" políticos em uma época em que a competição eleitoral era praticamente inexistente – e os bacharéis – a oligarquia elitizada –, formada por intelectuais políticos da época. A Primeira República era dominada pelas oligarquias estaduais e por uma coalizão federal de poderes locais atomizados. Observa-se a presença do controle municipal exercido pelas oligarquias regionais, fato que contribuía para a ausência do sentimento de nacionalidade do povo brasileiro. Essa ausência de nacionalidade era um dos principais problemas enfrentado na época pelos intelectuais, que queriam construir a nacionalidade brasileira e fortalecer a presença do Estado em todo o território nacional.

A Constituição de 1891 determinou que cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento. Na virada do século XIX para o século XX, Oswaldo Cruz, oriundo do Instituto Pasteur, enfrentaria as epidemias da época (febre amarela e varíola) que ameaçavam a saúde dos portos e a agroexportação por meio de campanhas com vacinações e inspeções sanitárias (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019). As primeiras ações do Estado na área de saúde tinham um claro interesse econômico, para viabilizar as exportações dos produtos brasileiros. Elas culminaram com a criação, em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública e a criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal criado em 1900, renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC) um ano depois.

De acordo com Figueiredo Neto *et al.* (2019), a reforma na saúde foi projetada a partir de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que era Diretor Geral de Saúde Pública. Extensivamente, em prol do saneamento e da reorganização urbana para eliminar os focos de desordem, a atuação no campo da psiquiatria é abarcada pela ação de Juliano Moreira. Segundo os autores, em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que institui a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária, implementando também a campanha da vacinação obrigatória.

Nesta época, avançou-se muito no controle e no combate de algumas doenças, entretanto, grande parte da população ainda não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde.

O movimento sanitarista da Primeira República obteve importantes resultados, principalmente na esfera política, o que pode ser observado com a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), após um intenso processo de negociação política, envolvendo sanitaristas, governo federal, estados e poder legislativo, o qual foi dirigido até 1926 por Carlos Chagas (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019). Segundo a Constituição de 1891, no que se refere às políticas sociais, verificou-se, na área da saúde, o desenvolvimento de uma política social pública e nacional, o que caracterizou a Primeira República como "era do saneamento", de acordo com Hochaman (1998, *apud* FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019), identificando-se o período de 1910 a 1930, como o crescimento da consciência do governo em relação aos diversos problemas sanitários do país.

A história da previdência social começa em 1923, com o Decreto Legislativo conhecido como Lei Elói Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), as quais eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões aos seus trabalhadores. No período de 1923 a 1933, foram criadas 183 CAPS; a partir de 1933, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006), dando início ao sistema de proteção social brasileiro. O modelo da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas, tendo direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuíam para a Previdência, ou seja, aqueles "com carteira assinada".

Ainda na Primeira República, foram instituídas bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019). O período de 1930 é visto como marco inicial das políticas sociais e da centralização estatal, ano em que foi criado, no Governo Provisório do Presidente Getúlio Vargas, o Ministério da Educação e da Saúde Pública (Mesp), o qual passou por sucessivas reformulações. No mesmo ano, foi criado o Ministério do Trabalho, e os trabalhadores passam a ter direitos antes inexistentes. Getúlio Vargas, conhecido como o pai dos trabalhadores, começou uma política de proteção aos

trabalhadores, a fim de obter o apoio deles nos projetos do Estado, sustentando os seus interesses econômicos.

Em outubro de 1945, com a queda de Vargas, a eleição de Eurico Gaspar Dutra e a promulgação de uma nova constituição, em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019). A saúde pública passa a ter uma estrutura mais centralizada com programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias. Desse modo, a saúde pública e a assistência médica passam a ser decididas em um ambiente mais democrático, caracterizado por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos poderes republicanos, liberdade de imprensa e organização e demandas por direitos e incorporação.

Nos principais países desenvolvidos da Europa, constituem-se, no pós-guerra, os Estados de Bem-Estar Social (também conhecidos como *Welfare State*), com o objetivo de reerguer as economias afetadas pela guerra e configurar estados fortes e compromissados com a democracia e a justiça social – uma forma de combater o comunismo e manter as economias europeias no padrão competitivo mundial (ESPING-ANDERSEN, 1995, *apud* FIGUEIREDO NETO et al., 2019).

Os Estados de Bem-Estar consistem em uma política sustentada e pactuada entre a área econômica e a social com o objetivo de garantir o bem-estar da população e manter a produção econômica. Os pilares dessa política eram: o pleno emprego, a provisão pública de serviços sociais e universais – como saúde, educação, saneamento, habitação, lazer, transporte etc. – e a assistência social para aqueles não incluídos no sistema produtivo, segundo Figueiredo Neto *et al.* (2019). Nesse período, ainda não havia uma política de bem-estar social no Brasil, mas havia uma ideologia desenvolvimentista, indicando a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, com a necessidade de melhorar o nível de saúde da população para alcançar o desenvolvimento. Era preciso uma política de saúde pública universal para melhorar o nível de saúde da população a fim de se alcançar o desenvolvimento. Uma política de saúde pública universal enfatizando a prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral e irrestrito ainda não era assegurado a todo cidadão brasileiro. Para os autores, o "sanitarismo desenvolvimentista" tinha em Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Gentile de Melo seus principais representantes. Reagia ao campanhismo, à centralização, à fragilidade

dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país pela falta de informações e dados vitais – legados do Estado Novo – como também propugnava a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país.

Em 1948, durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra, o governo federal formula o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), e, em 1953, ainda sob a influência do Plano, foi criado o Ministério da Saúde (MS), que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. As várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos aos seus usuários motivaram o governo à uniformização dos métodos com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em agosto de 1960, e, em 1966, houve a fusão dos IAP, originando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que uniformizou e centralizou a previdência social. E a previdência social firma-se como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde, acontecendo uma concentração das políticas de saúde com extensão da cobertura assistencial (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Para Figueiredo Neto *et al.* (2019), o golpe militar de 1964 trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, com destaque na assistência médica, no crescimento progressivo do setor privado e na abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário. Em 1966, houve a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O novo órgão permitiu uma padronização dos institutos, principalmente acerca dos benefícios prestados, causando insatisfação naqueles contribuintes de institutos com mais benefícios, afinal, com a unificação, os menos ricos poderiam usufruir de mais benefícios do instituto. Há ainda extensão da cobertura previdenciária para a assistência psiquiátrica, até então realizada em hospitais públicos, sobretudo para pessoas de baixa renda.

A assistência médica individual centrada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974, passa a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). O processo de industrialização acelerado, verificado no período do presidente Juscelino Kubitscheck, fortaleceu a economia dos centros urbanos e gerou força de trabalho a ser atendida pelo sistema de saúde, aprofundando a necessidade de o Estado atuar na saúde do trabalhador, de modo a manter e restaurar sua

capacidade produtiva. A partir de meados da década de 70, após um cenário de crise política e econômica iminente do governo militar, começaram a se definir novas estratégias para manter o governo, dentre elas houve a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019). O II PND foi um plano quinquenal voltado ao desenvolvimento econômico e social, o qual continuava ideologicamente orientado pela visão do 'Brasil Grande Potência'. Apareciam nele, entretanto, algumas prioridades no campo social: educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos.

As pressões por reforma na política de saúde possibilitaram transformações concretas ainda nos anos 70, mudanças que se efetivaram de forma incipiente e resguardando os interesses do Estado autoritário. Dentre as políticas implementadas, segundo Baptista (2005 *apud* FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019), destacam-se:

a. A criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
b. A formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
c. A instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que constitui em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
d. A formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional que desenvolveu imediatamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
e. A promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;
f. A constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão

> coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social".

Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo INAMPS e a integralidade das ações (FIGUEIREDO NETO *et al*., 2019). No Brasil, crescia o debate sobre o direito à saúde, em um sentido mais amplo. O direito à saúde significava a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado.

O governo Figueiredo, marcado pela abertura política e a influência do II PND, pareceu mais promissor para a área da saúde, pois as experiências municipais de reorganização de serviço de saúde e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) apresentavam sinais de sucesso, conforme Figueiredo Neto et al. (2019). O movimento da Reforma Sanitária indicava propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, o que aumentou os conflitos de interesse com a previdência envolvendo poder institucional e pressões do setor privado. Tais pressões, segundo os autores, resultam na criação de mecanismos de coordenação entre os ministérios com o intuito de se elaborar um projeto para reordenar o setor.

Em 1972, iniciou-se a ampliação da abrangência previdenciária, na qual as empregadas domésticas e os trabalhadores rurais foram beneficiados pela cobertura de assistência médica no sistema de saúde e, em 1973, incorporaram-se os trabalhadores autônomos. Em 1976, é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), marcando o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Para os autores, o movimento nasceu nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e se expandiu entre os profissionais de saúde, tendo como principal meio de difusão de ideias a revista do CEBES, Saúde em Debate. Esse movimento inseria-se na luta contra a ditadura militar e preconizava um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde, sendo o grande convocador da 8ª Conferência Nacional de Saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

A Lei 6.229, de 1975, tinha como objetivo a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, entretanto as ações de saúde eram desenvolvidas de maneira

fragmentada e sem nenhuma integração, e a saúde coletiva era considerada um direito de todos e a assistência médica hospitalar individualizada direito apenas dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social. Nessa época, a responsabilidade da formulação das políticas e desenvolvimento de ações coletivas era do Ministério da Saúde, e, ao Ministério da Previdência e Assistência Social, cabia a realização da assistência médica através do Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social (INAMPS). O conjunto de políticas públicas da década de 1970 levou a um modelo médico-assistencial privatista assentado no Estado como grande financiador e, no setor privado nacional, como o maior prestador, tendo o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

No entendimento de Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006), no ano de 1977, o Ministério da Saúde já reconhecia o papel primordial da esfera municipal como estruturadora da rede de serviços básicos dentro dos princípios da atenção primária, e, em 1978, na cidade de Campinas/SP, aconteceu o primeiro Encontro Municipal do Setor Saúde que decidiu pela atenção primária à saúde como prioridade dos municípios deixando os casos mais complexos (atendimentos secundários e terciários) para a União e para os Estados. Os autores revelam que a pouca prioridade dada às ações de saneamento e à medicina preventiva facilitava o surgimento de doenças que poderiam ter fácil solução com medidas preventivas. Além disso, o crescente volume de recursos para a medicina curativa ameaçava o sistema previdenciário, formando-se a ideia de que era necessário repensar a política de saúde.

A década de 80 iniciou-se em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do país, tendo como primeiro passo a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o propósito de reformular a política de saúde e formular o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que visava uma extensão nacional do PIASS. Ou seja, buscava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000, como referem Figueiredo Neto *et al.* (2019). Segundo os autores, a conferência tinha como pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, seja na rede pública ou privada, e a regionalização do atendimento por áreas de

populações definidas. Entretanto, não passava de uma proposta de investimento no nível primário de atenção, que não tocava na rede hospitalar privada.

O PIASS, posteriormente denominado apenas Ações Integradas de Saúde (AIS), mostrou-se como a principal saída para a universalização do direito à saúde e significou uma proposta de "integração" e "racionalização" dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que combinaria um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019). A proposta resumia-se na assinatura de convênios entre os INAMPS e os estados e municípios para o repasse de recursos destinados à construção de unidades da rede com o compromisso dos governos de oferecer assistência gratuita a toda a população e não só para os beneficiários da previdência. Com essa proposta, as AIS recuperavam a estratégia apresentada no Prev-Saúde e avançavam significativamente na conformação de políticas que levariam à reforma do setor saúde, fortalecendo a coordenação de ações entre a união e os estados e a incorporação do planejamento à prática institucional.

Em 1985, chega o regime militar, com a eleição indireta da chapa de oposição, apoiada pela dissidência do próprio partido governista. O presidente eleito, Tancredo Neves, falece antes de tomar posse, assumindo o governo, chamada Nova República, o vice-presidente José Sarney. No setor econômico, o governo Sarney é marcado por dois planos, o Plano Cruzado I e II, que visam atacar a hiperinflação, buscando a estabilidade e o crescimento econômico. No setor político, busca-se um equilíbrio entre as forças vitoriosas sob a hegemonia dos políticos democratas e liberais. Com a Nova República, o plano das AIS foi retomado, impulsionando, junto com um novo Programa e Orçamentação Integradas (POI), a reformulação do sistema de saúde visando uma rede unificada (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019).

Líderes do movimento sanitarista passam a ocupar posições de destaque no âmbito político-institucional no país, coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdência. Em decorrência disso, ocorreu, no ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. A conferência contou com a participação de mais de quatro mil pessoas nos debates, evidenciando-se que as modificações no setor da saúde ultrapassavam os limites de uma reforma administrativa e financeira (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019). A necessidade de uma reforma

mais profunda, com a aplicação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional foi aprovada, por unanimidade, e a diretriz da universalização da saúde e do controle social efetivo de acordo com as práticas de saúde estabelecidas se fortaleceram e permaneceram como propostas de consolidação do setor público, garantindo um direito à saúde integral.

O relatório da 8ª Conferência serviu de referência na discussão da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/1988, sendo reconhecido como um documento de expressão social. Na 8ª CNS, também se discutiu a unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde, devendo a Previdência Social ficar encarregada das ações próprias do seguro social, enquanto a saúde seria entregue a um órgão federal com novas características. Sendo assim, foi aprovada a criação de um sistema único de saúde com a separação total da saúde em relação à previdência. As propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde não foram realizadas imediatamente, pois, ainda havia a discussão acerca do financiamento e sobre a operacionalização do novo sistema de saúde (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019).

Em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através de uma proposta do INAMPS/MPAS, que se apresentou como base na construção do SUS. O SUDS avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades do setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização e universalização da rede de saúde e retirou do INAMPS a soma de poder que ele centralizava de acordo com Venâncio (2005, apud FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019).

Em 5 de outubro de 1988, é promulgada a Oitava Constituição do Brasil, denominada "Constituição Cidadã", sendo um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Em 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que daria bases operacionais para o SUS. Nesse mesmo ano, é realizada a primeira eleição direta para presidente da República, assumindo a presidência em janeiro de 1990, Fernando Collor de Mello. Nesse período ocorria o projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde, entretanto a LOS 8.080, promulgada pelo governo Collor, sofreria uma grande quantidade de vetos. Foi nessa conjuntura que iniciaria a construção do SUS (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2019).

De acordo com Rabelo (1996), o SUS é o resultado de uma longa luta levada a cabo por vários setores da sociedade que tinham como princípios a necessidade

de resgatar ideais democráticos no setor saúde, consubstanciando a máxima: "Saúde é um direito de todos". Desde então, houve superação do sistema de saúde que estava organizado para atender a apenas um setor da população, os trabalhadores do mercado formal que contribuíam para a Previdência Social. Conforme a autora, o restante da população teria que buscar atendimento de forma assistencialista nas (precárias) estruturas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e/ou instituições filantrópicas como as Santas Casas.

Os conceitos de saúde modificaram-se ao longo dos anos. Inicialmente, a saúde era vista como a ausência de doenças, levando a um quadro geral da população repleto de doenças, desigualdades, insatisfação do usuário, exclusão, baixa qualidade do serviço e falta de comprometimento dos profissionais. Nos anos 80, no Brasil, este conceito de saúde foi ampliado, sendo definidos novos elementos condicionantes de saúde como habitação, alimentação, saneamento básico, emprego e renda, educação, atividade física etc., devendo ainda se prezar pela garantia de acesso aos serviços de saúde, promoção, recuperação e prevenção à saúde. Como marco regulatório, em 1986, a 8º Conferência Nacional de Saúde adotou o conceito ampliado de saúde e, em 1988, na Constituição Federal ficam, então, definidas as competências relativas ao SUS. No Brasil, os níveis de saúde da população passam a expressar a organização social e econômica do país.

Cunha (2001, *apud* MULLER, 2002) define que, junto ao conceito ampliado de saúde, outros dois conceitos importantes são incorporados aos aparatos legais: o de "sistema" e o de "unicidade". O mesmo autor define como conceito de sistema um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, em caráter complementar, que interagem para um fim comum. Esses elementos integram o sistema referindo-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em todo o país, o SUS deve ter a mesma doutrina e forma de organização, definido na Constituição como um conjunto de elementos doutrinários e de organização com princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. O SUS deve ser visto como um processo em marcha de produção social da saúde, que não se iniciou em 1988, com a sua inclusão na Constituição Federal, nem tampouco tem um momento definido para ser concluído. Ao contrário, resulta de propostas defendidas ao longo de muitos anos pelo conjunto da sociedade. Conforme prevê a Lei nº 8.080/90, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público

(União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito. Isso deve ocorrer através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, a descentralização da gestão e das políticas da saúde no país – feita de forma integrada entre União, estados e municípios – é um dos princípios organizativos do SUS. De acordo com esse princípio, o poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e, também, a fiscalização e o controle por parte da sociedade.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, diz que "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo [...]". A partir do conceito constitucional do comando único, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Nesse sentido, a autoridade sanitária do SUS é exercida pelo ministro da saúde na União, pelos secretários estaduais de saúde nos estados e pelos secretários municipais de saúde nos municípios.

Para Spink, Clemente e Keppke (1999), a construção da descentralização da gestão da saúde, pode ser entendida a partir de sua construção que se deu efetivamente, onde houve o pressuposto da possibilidade de participação da sociedade, que por sua vez, traria qualificação nas instituições públicas. Com isso, a descentralização é tida como um meio de fortalecimento da sociedade civil, o que representaria o aperfeiçoamento da democracia local. Essas relações aparecem nos relatos literais das políticas públicas ocorridas nos anos 90.

Para Figueiredo Neto *et al.* (2019), a história do controle social da saúde pública no Brasil é sinônimo de luta e empenho de representantes da sociedade que dedicam tempo, esforço e recursos materiais no processo que garante a participação da sociedade civil na história do Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, representa um marco histórico das políticas de saúde em nosso país, pois na nova constituição, a atenção à saúde passa a ser assegurada legalmente como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos

brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil. E, desde a sua instituição, quatro pontos sobre a gestão têm sido apontados como fundamentais: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho. O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, está claro na Constituição Federal de 1988, que define a Saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa necessidade de inovação, para melhor eficácia na gestão municipal da saúde com base na busca da universalidade do acesso, ações e serviços e na democratização das relações com a sociedade, impulsionou a implantação do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa, que priorizou a adequação da política de saúde aos princípios do SUS em 1993, passando a ser um dos dois primeiros municípios no Estado do Rio Grande do Sul a efetivar a municipalização (GALLO, 2007).

CAPÍTULO 4

SAÚDE MENTAL

O mundo dos esquecidos
Lá para a banda do sem fim
O carimbo da loucura
Mora gente feito gado
Onde a dor é marcada a ferro
Pelo poder dos tiranos
Nas terras do Juquery
Um cemitério de vivos
Sem templo, sem esperança
Mortos vivos esquecidos
Perdidos na lembrança
(Luizinho Gonzaga)[1]

A loucura está presente em todas as sociedades humanas variando de acordo com a cultura, época e costumes. Desde a Antiguidade, os homens pretendem entender a loucura por meio da religião, da filosofia e da medicina (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014).

---

1 Luizinho Gonzaga, cantor e compositor do CD "Terras do Juguery", antes de abraçar a música como profissão, foi Terapeuta Ocupacional no Manicômio do Juquery e teve a ousadia, em meados dos anos 80, de montar um grupo musical com os pacientes que andavam perdidos e esquecidos pelo pátio. Era chamado de "Loucos pela Vida" e apresentou-se em várias cidades. Banido do Juquery, Luizinho tornou-se, com sua arte, uma importante liderança do Movimento de Luta Antimanicomial.

4.1 SAÚDE MENTAL NO MUNDO

Foucault (1978) explica que, no final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Os locais que antes abrigavam os leprosos, agora abrem-se às margens da comunidade, às portas das cidades, como grandes praias que esse mal deixou de assombrar, e que agora estão desabitados. Durante séculos, essas extensões pertenceram ao desumano, mas agora essas mesmas estruturas passam a servir aos jogos de exclusão retomados, dois ou três séculos mais tarde, abrigando nesse novo momento os pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" que assumem o papel abandonado pelo lazarento, e que a salvação virá pela exclusão.

O autor refere que, na Idade Média, na Europa, as "naus dos loucos" navegavam de porto em porto, sem destino certo, barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham, então, uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros, deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos, relata o autor. Foucault destaca que esse costume era frequente, particularmente na Alemanha, em Nuremberg. Explica o autor que, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados, e nos cinquenta anos seguintes têm-se vestígios de 21 partidas obrigatórias, tratando-se aqui apenas de loucos detidos pelas autoridades municipais.

Foucault (1978) chama a atenção para o fato de que alguns loucos eram chicoteados publicamente, e que, no decorrer de uma espécie de jogo, eram perseguidos numa corrida simulada e escorraçados da cidade a bastonadas, o que demonstra que a partida dos loucos se inscrevia entre os exílios rituais da época. Ele também argumenta que, no século XVII, foram criadas muitas casas de internamento, que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. Além disso, o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias para realizar tais práticas de exclusão. Ele expressa também que, a partir de Pinel, Tuke, Wagnitz durante um século e meio, os loucos foram colocados em regime de internamento, dentre eles os pobres, os desempregados, os correcionários e os insanos. E, entre os muros do internamento nos quais Pinel e a psiquiatria do século XIX encontraram os

loucos, foi neste mesmo lugar que eles os deixaram, não sem antes se vangloriarem de os terem "libertados". Foucault (1978) complementa ainda que, a partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural.

Uma data pode servir como referência, 1656, decreto da fundação, em Paris, do Hospital Geral, que prevê a reorganização administrativa de diversos estabelecimentos já existentes a uma única, todos estabelecimentos agora destinados aos pobres de Paris, conforme Foucault (1978). Segundo o autor, a constituição da monarquia absoluta e a acentuada renascença católica no tempo da Contrarreforma atribuíram à França um caráter bem particular, ao mesmo tempo de concorrência e cumplicidade entre o poder e a Igreja. Nos países de língua alemã, em 1620, é aberta em Hamburgo a primeira das casas de correção.

Os Hospitais Gerais foram de fundamental importância para a definição de um novo lugar social para o louco e a loucura na sociedade ocidental, pois, até então, a loucura e os loucos tinham múltiplos significados e espaços: de demônios a endeusados; de comédia à tragédia; de erro e verdade; das ruas e guetos; asilos e prisões; igrejas e hospitais. No entendimento do autor, com o advento do Hospital Geral, as internações passam a ser determinadas por autoridades reais e judiciárias. A intervenção médica que antes era eventual, agora é regular e constante, transformando-se num lugar de saber sobre as doenças, ainda que institucionalizada. E Pinel passa a dirigir o Hospital de Bicêtre, quatro anos após o início da Revolução Francesa, e propõe a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem continuar seu tratamento no modelo asilar, num regime de completo isolamento. Tratamento que pode restituir ao sujeito a liberdade subtraída pela alienação (AMARANTE, 2007).

A partir da criação do Hospital Geral e da abertura (na Alemanha e na Inglaterra) das primeiras casas de correção e até o fim do século XVIII, o objetivo era a internação dos devassos, dos pais dissipadores, dos filhos pródigos, dos blasfemadores, dos libertinos. Nesse viés, é traçada uma aproximação e cumplicidade com a loucura. Desse modo, a décima parte das prisões feitas em Paris, com destino ao Hospital Geral, diz respeito a "insanos", homens "em demência", pessoas "de espírito alienado", "pessoas que se tornaram inteiramente loucas" (FOUCAULT, 1978).

Foucault destaca que, em Paris, ao hospital é reservado o direito de tratar dos pobres que perderam a razão, ou seja, o alienado que pode ser curado e que

recebe neste local os cuidados costumeiros: sangrias, purgações e, em certos casos, vesicatórios e banhos. O internamento destina-se a corrigir, e se lhe é fixado um prazo, não é um prazo de cura, mas, antes, o de um sábio arrependimento. O tempo que marca e limita o internamento é sempre apenas o tempo moral das conversões e da sabedoria, tempo para que o castigo cumpra seu efeito.

Ainda de acordo com Foucault (1978), na segunda metade do século XVIII, as instituições asilares exclusivamente para loucos ganham forma, com isso a loucura não rompeu o círculo do internamento, mas se desloca e começa a tomar suas distâncias. Para o autor, acontece nesse momento o isolamento da loucura e o começo da autonomia em relação ao desatino com o qual ela estava confusamente misturada. Os loucos se dividem entre si mesmos e ocupam um lugar que lhes pertence de fato, tornando possíveis os asilos do século XIX, a psiquiatria positiva e a loucura afirmada, enfim, em seus direitos. O autor alerta para o fato de que tudo parece estar no seu lugar, de um século a outro: primeiro o internamento, do qual procedem os primeiros asilos de loucos, logo a piedade, depois o humanitarismo e a solicitude social, que permitirá a existência de Pinel e Tuke, os quais, por sua vez, provocarão o grande movimento de reforma.

Segundo Amarante (2007), Philippe Pinel, médico que ficou conhecido como o pai da psiquiatria, sucessora do alienismo, participou ativamente dos acontecimentos da Revolução Francesa que gerou transformações econômicas, sociais e políticas, tendo grande relevância na área da medicina e no campo da saúde. Uma dessas transformações aconteceu na instituição hospitalar que, na Idade Média, era uma instituição de caridade. Ela oferecia abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. No entendimento do autor (2007), o primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do "tratamento moral" é uma construção de Pinel de isolar o sujeito do mundo exterior e que ainda não foi superada na psiquiatria contemporânea. Segundo ele, se as causas da alienação mental estão no meio social, então será através do isolamento que estas não prejudicarão o sujeito. Pinel fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, consolidou os conceitos de alienação mental e a profissão do alienista, determinou o princípio do isolamento como forma de tratamento e instaurou o modelo terapêutico com o "tratamento moral".

Amarante (2007) explica também que a alienação mental era um distúrbio no âmbito das paixões, que produzia desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do sujeito perceber a realidade. A alienação, para Pinel, não era a perda

da razão, mas a desordem em seu âmago, sendo o primeiro passo para o tratamento, o isolamento do mundo exterior, que deveria ser institucionalização/hospitalização integral, assim poderia se isolar a alienação para seu estado puro afim de conhecê-la sem interferências. Ainda de acordo com o autor (2007), o "tratamento moral" que se seguia pretendia reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência, a realidade, e se utilizava do "trabalho terapêutico" para reeducar as mentes desregradas.

O histórico gesto de Pinel desacorrentando os loucos foi, segundo Amarante (2007), apenas uma transformação do hospital que deixou de ser espaço de filantropia e assistência social e que se torna instituição de tratamento médico para alienados desacorrentados, mas institucionalizados, que passam a ficar enclausurados por um imperativo terapêutico. De acordo com o autor, é interessante pensar ser Pinel que construiu conceitos tão antagônicos, como alienado e cidadania. Cidadania sendo um conceito construído como responsabilidade e possibilidade de se conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social. Então, o alienado que era despossuído de razão plena, e a razão sendo condição elementar para definir a natureza humana, estaria impedido de ser admitido como cidadão? A alienação que produziria a perda do livre arbítrio e da liberdade, ou seja, para recuperar a liberdade, deve-se recuperar a razão (AMARANTE, 2007).

Após a promulgação da lei francesa de 30 de junho de 1838, a primeira lei de assistência aos alienados da história, vários outros hospitais de alienados foram criados pelo mundo reproduzindo estratégias e princípios de Pinel (AMARANTE, 2007). Tal lei regulava como a sociedade deveria lidar com os chamados doentes mentais, constituindo-se no mais importante documento de referência legal para os países ocidentais por mais de um século que trouxe como princípio básico a necessidade do isolamento do louco, para tornar possível seu tratamento (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014). Foi esse mesmo documento que estabeleceu uma forte associação entre a loucura (doença mental) e a periculosidade social, afirmam os autores. Constituíram-se, então, colônias de alienados, construídas com imensas áreas agrícolas, nas quais os alienados eram submetidos ao trabalho como "meio terapêutico mais precioso", estimulando a vontade e a energia tendendo a fazer desaparecer "os vestígios do delírio" (AMARANTE, 2007).

A criação da Psicanálise por Sigmund Freud (1856-1939), no fim do século XIX, traz o conceito de inconsciente, derrubando as rígidas fronteiras entre

o normal e o patológico. A partir do início do século XX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) criou um sistema classificatório das doenças mentais, que teriam um componente genético e biológico quase sempre presente nas principais causas. Ainda, no início desse século, algumas terapias físicas foram desenvolvidas na Europa como o coma insulínico, a eletroconvulsoterapia (ECT), entre outras, e, em 1940, cria-se a lobotomia (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014).

Amarante (2007), assim como Jorge, Carvalho e Silva (2014), explicam que, após a Segunda Guerra Mundial, o mundo voltou os olhos para as práticas em relação as pessoas confinadas em instituições totais – visto o extermínio em massa de populações inteiras promovido pelos nazistas – entre os quais os hospícios, e se percebeu que as condições eram similares aos campos de concentração, com absoluta ausência de dignidade humana. A partir desse momento nascem as primeiras experiências de Reformas Psiquiátricas. Amarante (2007) explana que emergiram três grupos que deram início ao processo de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional:

1. Comunidade Terapêutica e Psicologia Institucional, que desejava qualificar a psiquiatria através de mudanças no hospital psiquiátrico. Maxwell Jones, a partir de 1959, passou a organizar "grupos de discussão" e "grupos operativos" envolvendo os internos em seus tratamentos, pois entendia que a função terapêutica devia ser assumida por todos – técnicos, familiares e pacientes. Por Comunidade Terapêutica se entendia um processo de reformas institucionais que lutavam contra a hierarquização dos papéis sociais.
2. Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Coletiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária. Percebeu-se a necessidade de se acompanhar os pacientes que tinham alta para que não houvesse reinternação. E foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM) e, pela primeira vez na história da psiquiatria, se falou em regionalização, construindo tais centros de acordo com a distribuição populacional da região. Vislumbrou-se, também, que a mesma equipe multiprofissional que acompanhava o paciente no hospital poderia o fazer na residência, dando continuidade ao tratamento e aproveitando o vínculo já estabelecido, passando o trabalho não mais ser exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com diversos profissionais.

3. Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática, que teve início na Inglaterra no final dos anos 50, com destaque para os psiquiatras Ronald Laing e David Cooper. Estes psiquiatras observaram que as pessoas ditas loucas eram violentadas e oprimidas não só nas instituições psiquiátricas em que deviam ser cuidadas, mas também na família e na sociedade. Com base nisso, propunham compreender que a experiência dita patológica ocorre, não no indivíduo na condição de corpo ou mente adoecidos, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. No âmbito da Antipsiquiatria não existiria a doença mental como objeto natural, mas sim uma experiência do indivíduo em sua relação com o meio social.

A Psiquiatria Preventiva foi desenvolvida nos Estados Unidos e ficou também conhecida como Saúde Mental Comunitária, tendo como objetivo reduzir as doenças mentais nas comunidades, bem como promover o estado de saúde mental nas mesmas. Surge, então, o conceito de "desinstitucionalização", que se tornou uma das principais diretrizes da saúde mental nos Estados Unidos. Trata-se de um conjunto de medidas de "desospitalização", ou seja, redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, redução do tempo médio de internação no hospital, promoção de altas hospitalares. Como estratégias foram criados centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais dia, hospitais noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais.

Por sua vez, a Psiquiatria Democrática teve Franco Basaglia como protagonista com a experiência italiana, que começou nos anos 60, quando ele e outros psiquiatras decidiram reformar o hospital psiquiátrico existente em Gorizia, pequena cidade ao norte da Itália. Como teve contato com literaturas de Michael Foucault e Erving Goffman, Basaglia adota ideias de superação do modelo manicomial, entendido não apenas como uma estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, cientificas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. No início dos anos 70, Basaglia e colegas iniciaram, em Trieste, também ao norte da Itália, uma transformação radical da psiquiatria contemporânea. Ela inspira até hoje experiências por todo mundo, inclusive servindo nos anos 80 e 90 como referência para o processo que será implantado na cidade de Santos, em São Paulo, no Brasil (AMARANTE, 2007).

Em Trieste, ao mesmo tempo em que eram fechadas enfermarias e pavilhões psiquiátricos, eram criados outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, os quais não eram paralelos, simultâneos ou alternativos às instituições psiquiátricas clássicas. Os primeiros serviços substitutivos foram os Centros de Saúde Mental (CSM) regionalizados, que não davam continuidade ao tratamento após a alta hospitalar, mas assumiam a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo de saúde mental de cada território (AMARANTE, 2007). Dessa forma, os CSMs atuavam nos territórios, modificando o modo como as sociedades viam os sujeitos com sofrimento mental, reestabelecendo um lugar social para a loucura que, desde Pinel, foi relacionado ao erro, periculosidade, insensatez e incapacidade.

Amarante (2007) revela que foram criadas cooperativas de trabalho ou de construção de residências para os ex-internos do hospital que passavam a morar na própria cidade. O mesmo autor refere que Franco Rotelli, que substituiu Basaglia após seu falecimento em 1980, disse que o mal obscuro da psiquiatria está em separar o objeto fictício – doença – da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social, e que sobre essa separação se construíram aparatos legislativos, científicos e administrativos referidos à doença. É necessário, segundo ele, desmontar esse conjunto de aparatos e estabelecer uma conexão com os sujeitos em sofrimento, acionando outros atores sociais diretamente envolvidos, alcançando mais do que reorganização do modelo assistencial, mas também as práticas e concepções sociais.

4.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Enquanto você se esforça pra ser um
Sujeito normal e fazer tudo igual
Eu do meu lado aprendendo a ser louco
Um maluco total, na loucura real
Controlando a minha maluquez

Misturada com minha lucidez
Vou ficar, ficar com certeza
Maluco beleza
(Raul Seixas)[2]

Saúde mental é um campo polissêmico e plural, conforme Amarante (2007), pois diz respeito ao estado mental dos indivíduos e das coletividades, sendo que categorizações são acompanhadas de riscos de reducionismo e de achatamento das possibilidades da existência humana e social. Na visão do autor, o modelo psiquiátrico nascido do modelo biomédico tem como característica o sistema terapêutico baseado na hospitalização, pois este sistema pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe tira a razão, um insano, um insensato, um incapaz, um irresponsável, inclusive a legislação considera o louco como irresponsável civil. Aproxima-se, desse modo, os hospitais psiquiátricos das instituições penitenciárias e carcerárias, fundados no controle, na vigilância, disciplina, na punição e repressão.

Para Jorge, Carvalho e Silva (2014), no período colonial brasileiro, apenas se houvessem graves problemas de perturbação da ordem pública, os loucos eram enviados para o encerramento e abandonados nos porões das instituições de moldes predominantemente religiosos como as Santa Casas de Misericórdia. Os autores explicam que, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, aumentam os centros urbanos e são criados os primeiros cursos de medicina no país, esses passam a criticar a situação precária ou a inexistência de cuidados profissionais para os loucos. Os médicos propõem a criação de estabelecimentos especializados sob o seu comando. E um dos atos constituintes da coroação do imperador Dom Pedro II foi a determinação da construção de um hospital (Hospício Pedro II) na então capital monarca, destacam os autores.

Até a Proclamação da República, esse espaço hospitalar ainda era fortemente marcado pela presença da igreja em seu cotidiano, e depois passa a sofrer forte influência médica, sendo criados, aos poucos, novos hospitais na própria capital,

2 "Maluco Beleza", composição de 1977, é música muito requerida em atividades de unidades de atendimento psiquiátrico, como em ações e atividades desenvolvidas pelo Movimento Antimanicomial, por trazer para a discussão a temática dos paradigmas da sociedade em que se vive, onde o ser igual uns aos outros significa normalidade, e ser diferente remete a loucura. "Maluco beleza" é um termo coloquial utilizado, em sua maioria, para definir um indivíduo que tem atitudes arrojadas, corajosas e sem inibições, ao mesmo tempo louco, doido, sem noção.

assim como nos principais estados do país (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014). Nesse direcionamento, os autores elucidam que a primeira lei nacional de assistência aos doentes mentais (na época chamados de psicopatas) é de 1903, que estabelecia as bases legais para o exercício da medicina mental, bem como definia a direção sanitária para a regulação do cuidado a esses doentes.

O médico baiano Juliano Moreira (1873-1932) era, como avaliam Jorge, Carvalho e Silva (2014), o profissional de referência em saúde mental nesse período, acumulando o ensino da psiquiatria, a direção do Hospital Nacional de Alienados e a coordenação da política para o setor. Os autores explicam que, nesse momento da história, coexistiam o tratamento moral, as terapias físicas (duchas frias, contenção etc.) com a terapia laboral e a reinserção familiar, sempre combinando fins terapêuticos com medidas disciplinares de caráter punitivo. Até o fim da década de 1970, na assistência psiquiátrica dos hospitais públicos no Brasil, mais do que a oferta de tratamento disciplinar, laborterapia, eletrochoques e psicofármacos, prevalecia o abandono.

Nessa década, houve a abertura de hospitais psiquiátricos no Brasil, privados e filantrópicos, contratados pelo setor público e financiados com recursos dos segurados da previdência social, período de intensa privatização da assistência médica, especialmente na psiquiatria (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014). A única alternativa à internação nos hospitais psiquiátricos eram as consultas com psiquiatras oferecidas nos postos de assistência médica, os PAMs psiquiátricos, que havia nas grandes capitais e em algumas grandes cidades, mas acessíveis exclusivamente aos segurados da previdência social.

A reformulação da saúde mental no Brasil sofreu forte influência do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, mas também da Reforma Psiquiátrica sofrida na Itália. A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um processo político e social complexo composto por atores, instituições, governos, universidades, conselhos profissionais etc., que culminou com o sancionamento da Lei 10.216, em 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Tal lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de bases comunitárias, além de dispor sobre proteção e direitos das pessoas com doença mental.

O projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira original, após 12 anos de tramitação, foi rejeitado, sendo aprovado um substitutivo que dispõe sobre "a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona

o modelo assistencial em saúde mental", e não assegurou algumas das aspirações fundamentais do projeto original, como a extinção progressiva dos manicômios (AMARANTE, 2007). Um aspecto importante ao processo social da reforma psiquiátrica em relação a Lei nº 10.216/2001 é a inclusão do Ministério Público Estadual que deve ser comunicado em casos de internação compulsória no prazo de 72 horas. Além disso, a Lei nº 10.216/2001 significou um avanço considerável, pois revogou a arcaica legislação de 1934 que ainda vigorava.

A Reforma Psiquiátrica, implantada no país a partir de 2001, estabeleceu princípios importantes para garantir o atendimento, a proteção e a dignidade das pessoas em sofrimento mental, conferindo-lhes cidadania. Tais princípios são: a desinstitucionalização (tirar a pessoa da condição permanente de interno em alguma instituição); a desospitalização (oferecer atendimento em centro de referência, evitando a internação hospitalar); a criação de redes de serviços que substituam o modelo centrado no hospital psiquiátrico; e o compromisso de realização de ações por parte dos diferentes atores sociais.

O Brasil permaneceu durante 67 anos com uma legislação psiquiátrica (criada em 1934), que não garantia nenhum direito às pessoas em sofrimento mental. Situação alterada a partir de 2001, com a criação da Lei 10.216, que, em seu parágrafo único, artigo 2º, trata dos direitos do sujeito com transtorno mental:

> I – Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
> II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
> III – Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
> IV – Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
> V – Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
> VI – Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
> VII – Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
> VIII – Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
> IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Enquanto a lei nacional era debatida, oito estados brasileiros e alguns municípios já aprovavam leis, como a Lei nº 9.716/1992, no Rio Grande do Sul, Lei nº 12.151/1993, no Ceará, Lei nº 11.065/1994, em Pernambuco, Lei nº 6.758/1995, no

Rio Grande do Norte, Lei nº 11.802/1995, em Minas Gerais, Lei nº 11.189/1995, no Paraná, Lei nº 975/1995, no Distrito Federal e Lei nº 5.267/1996, no Espírito Santo (AMARANTE, 2007). Para se falar de cidadania e direitos não bastam apenas leis, pois não se determina que um sujeito seja cidadão e sujeito de direitos por decreto, é necessário mudar mentalidades, atitudes e relações sociais (AMARANTE, 2007).

A dimensão sociocultural toma proporções importantes nesse contexto de repensar o lugar dos sujeitos com sofrimento mental. Uma das estratégias é trazer para a sociedade a discussão da reforma psiquiátrica, provocando o imaginário social a pensar sobre a loucura, a doença mental, os hospitais psiquiátricos a partir da concepção cultural dos atores envolvidos – técnicos, familiares, usuários e voluntários. Nessa perspectiva, foi instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial para promover o debate e instigar a sociedade a pensar sobre o tema.

Diversas atividades irrompem no Brasil referentes ao tema, como em 1992, no Carnaval, quando se decidiu por não mais fazer um "bloco de doentes" para brincar no baile no pátio do hospício, mas sim organizar uma ala num dos blocos mais famosos do Rio de Janeiro, o que foi seguido nos anos posteriores em outros blocos e escolas de samba. Nos anos que se seguiram, houve fóruns sobre o tema, músicas, imagens e poesias, além das televisões comunitárias que representaram uma importante iniciativa e os programas de rádio (AMARANTE, 2007).

Em 1979, foi criada a primeira associação de familiares do país – Sosintra – ainda hoje atuante, relata Amarante (2007). No mesmo ano, Basaglia veio ao Brasil para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, momento este em que fez uma visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, expondo para a sociedade brasileira a crueldade e a violência da assistência psiquiátrica que era prestada aos indivíduos em sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

A I Conferência de Saúde Mental, desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, coordenada por Sérgio Arouca, passou a envolver não somente profissionais da saúde, mas também familiares, usuários do sistema, ativistas de associações, de organizações não governamentais, sindicatos, igrejas, partidos políticos etc. A participação social teve um impulso decisivo para a introdução do capítulo de saúde na Constituição de 1988 e, posteriormente, com a instituição do SUS, regulamentado pela Lei nº 8080 de 1990 (AMARANTE, 2007).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, traz a saúde como direito de todos e dever do Estado. E traz também proposições de construção de um sistema que defenda a redução do risco de doença, o acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde, incluindo medicações (BRASIL, 1996). Cria-se, desse modo, o Sistema Único de Saúde instituindo os princípios de hierarquização, regionalização e descentralização, voltado para atendimento integral da população (BRASIL, 1990). Com a municipalização da saúde, os atendimentos à população ocorrem na rede básica, através da Atenção Primária à Saúde (APS), que é a porta de entrada do usuário ao SUS e que organizará o cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e população ao longo do tempo.

Nesse contexto, a saúde mental também avança em meio a processos de garantias legais que envolveram diversas políticas públicas de valorização dos direitos humanos e deveres do Estado. Com base nisso, novos serviços têm sido estruturados para organização dessa rede, a partir das Portarias Ministeriais nº 189/91 e 224/92, instituindo várias modalidades como: CAPS, leitos psiquiátricos em hospital geral, hospitais dias, as oficinas terapêuticas. Outros serviços como pronto-socorro psiquiátrico, integração de equipe multidisciplinar e humanização dos serviços também surgem visando à emancipação dos sujeitos.

Os CAPS são propostas de atendimento aos portadores de transtorno mental em modelo ambulatorial, sem internação hospitalar, estruturados nos municípios a partir da normatização federal. O município que adere a essa proposta assume condições frente ao Ministério da Saúde, inclusive de contrapartida financeira. Junto a essa proposta, o Ministério da Saúde também criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) através da Portaria GM nº 154 de 2008, que tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, a integralidade, o território, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção de saúde e a humanização (BRASIL, 2010). Os profissionais que compõe o NASF podem ser nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, médicos ginecologistas, médicos pediatras, entre outros.

4.2.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Em 23 de dezembro de 2011, de acordo com Amarante (2007), foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela portaria nº 3.088/2011, com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, garantir articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, cuidado contínuo e atenção às urgências. Ainda conforme Amarante (2007), a RAPS constitui-se dos seguintes componentes:

1. Atenção Básica em Saúde
   - Unidade Básica de Saúde
   - Núcleo de apoio a saúde da família
   - Consultório de rua
   - Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial em Caráter Transitório
   - Centros de convivência e cultura
2. Atenção Psicossocial Especializada
   - CAPS I
   - CAPS II
   - CAPS II infância e adolescência
   - CAPS II Álcool e drogas
   - CAPS III
3. Atenção de Urgência e Emergência
   - Samu 192
   - Sala de estabilização
   - UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, unidades básicas de saúde
4. Atenção Residencial de Caráter Transitório
   - Unidade de acolhimento
   - Serviço de atenção em regime residencial
5. Atenção Hospitalar
   - Enfermaria especializada em hospital geral
   - Serviço hospitalar de referência para atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

6. Estratégias de Desinstitucionalização
   - Serviços residenciais terapêuticos
   - Programa de volta para casa
7. Reabilitação Psicossocial
   - Iniciativas de geração de trabalho e renda
   - Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Essa Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, visando garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

Desde a década de 1990, está sendo implantado no Brasil, um novo modelo de saúde e a atenção básica em saúde constitui a principal política de reorientação do modelo assistencial no país. Jorge, Carvalho e Silva (2014) explicam que a atenção básica é considerada uma estratégia que fortalece o sistema de saúde e se constitui como núcleo organizador e integrador das redes de serviços de saúde, assegurando a coordenação e continuidade do cuidado aos usuários. Os cuidados primários em saúde constituem o primeiro contato dos sujeitos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, orientando, planejando e desenvolvendo ações nos territórios com equipe multiprofissional e com a participação da comunidade. Por esse motivo, a atenção básica é tão valiosa para o SUS e para a saúde mental, pois acompanha seus usuários de forma longitudinal e integral.

Os NASF foram criados em 2008 e atuam na atenção primária com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e as ações da APS através de equipes multiprofissionais (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014). Além disso, é importante ressaltar que as condições que determinam o cuidado estão em interação direta com o território, o que torna de grande valor o vínculo com os habitantes do lugar, implicando diretamente na participação deles nos processos de transformação das condições de cuidado, promoção e prevenção em saúde. Dessa forma, o NASF, integrado à atenção básica, é uma estratégia importante nos cuidados da política pública de saúde mental no território.

O serviço CAPS visa proporcionar atendimentos individuais, em grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos familiares, atividades comunitárias, culturais, expressivas, esportivas, de alfabetização e geração de renda, assembleias de

familiares, grupos de convivência, entre outras atividades que promovam integração e interação social. Quanto ao trabalho da equipe, ele deve ser multidisciplinar, de caráter interdisciplinar, que promova trocas importantes necessárias ao melhor plano terapêutico e reabilitação psicossocial estabelecido para cada usuário. O serviço deve ter ambiente acolhedor e terapêutico, incluindo pessoas em situação de crise, que se apresentem muito desestruturadas, na medida em que lhes possa oferecer assistência. Isso porque o acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, o qual deve atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações hospitalares. Considerando a política nacional de saúde mental, esse serviço torna-se a estratégia prioritária, possibilitando um espaço de convívio, valorização das subjetividades individuais e acolhimento das diferenças proporcionadas pelo sofrimento psíquico.

4.3 O PODER EXERCIDO PELA PSIQUIATRIA

Estou vivendo no mundo do hospital
Tomando remédios de psiquiatria mental
Haldol, diazepam, rohypnol, prometazina
Meu médico não sabe como me tornar um cara normal.
(Sufoco da Vida, do Grupo Harmonia Enlouquece) [3]

O poder psiquiátrico estabeleceu-se no século XIX como protetor da sociedade, perpassando o sistema penal e o cuidado com esses indivíduos, afirmando

3 A ideia do grupo Harmonia Enlouquece surgiu em 1999, no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro, com o musicoterapeuta Sidnei Dantas, quando ele criou a oficina "Convivendo com a Música". Ao grupo juntou-se o diretor do CPRJ Francisco Sayão (Kiko), que também era violonista, uma assistente social e nove portadores de transtornos mentais, entre os quais Luiz Mário e o cantor Hamilton, um dos destaques da banda e seu principal compositor. O grupo estreou em 2001, no "Dia Mundial da Saúde", em show do evento "Cuidar, sim, excluir, não", na Lagoa, Zona Sul do Rio de Janeiro. Contudo, teve a música "Sufoco da vida" censurada pela organização do evento que era patrocinado pelas indústrias farmacêuticas. Neste trecho, a música traz a vivência de um usuário internado em um hospital psiquiátrico sendo tratado com medicações, tratamento moral e comportamental e como o sujeito vivencia esse momento em busca do ser "normal".

ter um saber que distinguiria o louco do não louco e a sua periculosidade (WELTER; CAPONI, 2016). Segundo as autoras, através de internações asilares, a psiquiatria tenta corrigir os sujeitos internados para reinseri-los na sociedade, pois precisam ser conduzidos de volta à normalidade. Fundada como uma ciência positiva, coloca-se como protetora da sociedade contra os perigos dos anormais, normatizando comportamentos como a sexualidade, a higiene etc.

Foucault (2015) versa sobre o aparecimento dos hospitais como instrumentos terapêuticos no final do século XVIII. Antes disso, o hospital era essencialmente de assistência aos pobres, de separação e exclusão. Foucault destaca que o hospital era um lugar onde morrer – um morredouro –, cuja função era de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população. O grande médico até o século XVIII não aparecia no hospital; era apenas o médico de consulta privada. No final daquele século, entretanto, surge o médico detentor do poder no hospital, passando a ser o principal responsável pela organização hospitalar, pelo regime dos doentes, pelo funcionamento econômico do hospital, pelo regulamento das visitas etc. Tudo isso encontrado nos regulamentos de hospitais do século XVIII, nos quais consta onde cada pessoa deve ser colocada, que o médico deve ser anunciado com uma sineta, que a enfermeira deve estar a porta com um caderno nas mãos para acompanhar o médico quando ele entrar etc.

O hospital era visto como o lugar de eclosão da verdadeira doença, pois se supunha que o indivíduo deixado em liberdade, no seu meio, na sua família, com o seu regime, seus hábitos, seus preconceitos, suas ilusões, seria afetado por uma doença complexa, opaca e emaranhada, que era a mistura de várias doenças e um empecilho para que a verdadeira doença aparecesse (FOUCAULT, 2015). O papel do hospital era afastar essa vegetação parasita que emaranhava a doença e deixar aparecer a verdadeira, até então aprisionada e entravada. “Sua natureza própria, suas características essenciais e seu desenvolvimento específico poderiam, então, pelo efeito da hospitalização, tornar-se realidade” (FOUCAULT, 2015, p. 198).

A saúde mental, no entendimento de Foucault, tinha nos hospitais o objetivo da descoberta da verdade da doença mental, afastando tudo aquilo que, no meio ambiente vivido pelo doente, pudesse mascará-la, confundi-la, alimentá-la e até estimulá-la. Entendia, ainda, que o hospital era um lugar de desvelamento e

conforto, cujo modelo foi dado por Esquirol[4]. Desse modo, se estabelece a função do hospital psiquiátrico no século XIX, lugar de diagnóstico e de classificação, lugar fechado e de conforto, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão (FOUCAULT, 2015).

Foucault argumenta que o grande médico do asilo[5] é, ao mesmo tempo, quem pode dizer a verdade da doença pelo saber que tem sobre ela e quem pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. No hospital de Esquirol e Charcot, a função "produção de verdade" hipertrofia-se, exalta-se em torno do personagem médico, isso num jogo em que está em questão o sobre poder do médico. Isso acontece, na visão de Foucault (2015), numa época em que o poder médico está exaltado devido ao médico conhecer as doenças e os doentes e deter um saber científico.

Pouco antes de 1980, a psiquiatria apoiava-se na psicanálise, que se tornou a base da "psiquiatria dinâmica". Os psiquiatras realizavam psicoterapia conforme as bases *freudianas* para tratamento dos pacientes e com uso dos psicotrópicos, que, neste momento histórico, serviam como suporte (WELTER; CAPONI, 2016). Portanto, era de ordem psicossocial o foco analítico das explicações para o tratamento dos transtornos mentais no DSM I e DSM II (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais).

Segundo Welter e Caponi (2016), nas três décadas após a Segunda Guerra Mundial, principalmente por volta dos anos 70, já havia um aumento da medicalização. Era o momento em que acontecia a desinstitucionalização de hospitais e casas asilares psiquiátricas, com a necessidade de tratamento de pacientes com graves problemas mentais, quando a psiquiatria dinâmica (psicanálise) passa para psiquiatria contemporânea (farmacoterapia), também chamada de psiquiatria biológica, cujo marco foi a publicação do DSM-III, em 1980. Os autores destacam que o DSM-III categorizou os problemas mentais com sua orientação baseada em sintomas, contribuindo para uma visão biológica de saúde mental, privilegiando as neurociências, a química cerebral e os medicamentos. Dessa

---

4 Reconhecido entre os grandes clássicos da psiquiatria francesa da primeira metade do século XIX, Étienne Esquirol posiciona-se como um dos marcos na fundação do pensamento psicopatológico contemporâneo. Desenvolveu um trabalho de continuação da obra de Pinel, como um de seus mais talentosos discípulos, e marcou sua atuação pela utilização sistemática da observação que lhe permitiu grande aprofundamento do trabalho clínico e uma delimitação precisa de quadros nosográficos da nascente psiquiatria contemporânea. Esquirol sucedeu seu mestre, Philippe Pinel, em 1811, como chefe do Hospital Salpêtriére, em Paris.

5 Asilo entendido como local de reclusão e internação.

forma, a psicoterapia e as mudanças de comportamento perdem espaço para o diagnóstico baseado em sintomas e tratamentos farmacológicos. Eles apontam que comportamentos antes considerados normais passam a ser tratados como doenças, recebendo tratamento farmacológico, sendo ignorada a distinção do que se trata de um sofrimento normal e um transtorno comportamental, ou seja, o normal e o patológico. Para as autoras, a psiquiatria contemporânea estabeleceu as fronteiras entre o normal e o patológico, baseada em sintomas para se chegar a diagnósticos amparados pelo DSM.

De acordo com Torre e Amarante (2001), se não houver clareza sobre a desinstitucionalização como desconstrução do dispositivo e do paradigma psiquiátrico, podemos sair do manicômio, mas continuaremos reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico de saber-poder e poderão continuar sendo criadas miniaturas das antigas estruturas segregativas. As principais reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, situam-se em torno da relação de poder, de acordo com Foucault (2015). No seu entendimento, o conjunto da psiquiatria moderna é atravessado pela antipsiquiatria e, por isso, se entende tudo aquilo que recoloca em questão o papel do psiquiatra, antigamente encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar. No cerne da antipsiquiatria, existe a luta com a instituição, dentro dela e contra ela.

Foucault (2015) explica que, para justificar o isolamento dos loucos, Esquirol argumentava que era para garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias, para liberá-los de influências externas, para vencer suas resistências pessoais, para submetê-los a um regime médico e para impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. Como se pode perceber, todas as justificativas são questão de poder: dominar o poder do louco, neutralizar o poder que de fora possam afetá-lo, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento. Portanto, é a instituição como lugar, forma de distribuição e mecanismo dessas relações de poder que a antipsiquiatria ataca. O autor (2015) sugere que as relações de poder constituíam o *a priori* da prática psiquiátrica, condicionando o funcionamento dos asilos, distribuindo as relações entre os indivíduos, regendo as formas de intervenção médica.

Jung (1986) considerava que a anamnese psiquiátrica apresenta uma visão médica unilateral a respeito do problema do indivíduo por não possuir o conhecimento psicológico necessário a análise do caso. Para ele, "a maioria dos sintomas é determinada psicologicamente sob a influência de fatores psíquicos ou

relacionados a eles" (*apud* BIZARRIA *et al.*, 2013, p. 166). Ele destaca a importância da psicogênese como fator fundante para os distúrbios mentais, estando em grau secundário as alterações cerebrais que porventura existam, ainda que questões relativas à base orgânica continuem em profunda discussão.

No modelo tradicional da psiquiatria, de acordo com Amarante (2007), entende-se a crise como uma situação de grave disfunção que ocorre exclusivamente por causa da doença. Nessa concepção, deve-se agarrar a pessoa em crise a qualquer custo, amarrá-la, injetar medicamentos intravenosos de ação no sistema nervoso central a fim de dopá-la, aplicar-lhe eletroconvulsoterapia ou eletrochoque. Segundo o autor, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como resultado de vários fatores que envolvem terceiros, por isso se trata de um processo mais social do que puramente biológico ou psicológico. Por esse motivo são necessários locais que acolham as pessoas em crise e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. Nesse contexto, a criação de vínculos afetivos e profissionais é extremamente importante para que esse usuário sinta que realmente está sendo cuidado e ouvido. O termo usuário foi introduzido pela Lei do SUS (nº 8.080/90 e nº 8.142/90) no sentido de dar protagonismo a quem anteriormente era "paciente".

Para Jung (1999), diagnosticar não significa declarar alguém patológico, mas conhecer as características de um determinado estado psicológico. Além disso, analisar é compreensão e suporte moral, pois não podemos saber de antemão o que afeta o indivíduo. Ele dava valor ao relato do paciente por considerá-lo a continuidade inerente à estrutura psíquica do sujeito: "só podemos ajudar a pessoa a se compreender a si mesma, a tomar coragem para a tentativa e o desafio" (JUNG, 1999, *apud* BIZARRIA *et al.*, 2013, p. 62-63), sendo este o objetivo do tratamento, dar protagonismo ao sujeito. E Santos (2005, p. 165) acolhe o "pensamento de Carl Jung que modificou o entendimento da doença mental a partir da teoria psicológica sobre o ser humano, partindo do pressuposto de que o ser humano é *a priori* saudável, não um neurótico congênito".

A psiquiatria, por muito tempo, objetivou o sujeito ao colocar de lado o ser humano para centrar suas ações sobre a doença. Para Basaglia (1985, *apud* BORBA, 2010), o movimento reformista propõe justamente o inverso dessa relação: que a doença seja colocada entre parênteses para que as ações sejam dirigidas ao sujeito, em sua complexidade, peculiaridade e subjetividade. Criam-se, então, as

políticas públicas de saúde mental que devem ser regidas pela Reforma Psiquiátrica e devem prezar pelo desenvolvimento humano e cidadania dos usuários.

4.4 OS TRANSTORNOS MENTAIS

A descrição das patologias, neste livro, será embasada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), visto que este manual da Associação Psiquiátrica Americana (APA) é amplamente utilizado pelos profissionais da saúde mental e tem credibilidade por sua ampla base empírica. A APA publicou, pela primeira vez, um antecessor do DSM, em 1844, uma classificação estatística de pacientes mentais institucionalizados. Sua elaboração visava melhorar a comunicação sobre os tipos de pacientes que recebiam cuidados nesses hospitais. Esse precursor do DSM também foi usado como parte integrante do censo completo dos Estados Unidos.

Após a Segunda Guerra Mundial, o DSM evoluiu para um sistema de classificação diagnóstica para psiquiatras, outros médicos e outros profissionais da área de saúde mental, que descreve as características fundamentais da gama completa de transtornos mentais. O Comitê de Nomenclatura e Estatística da Associação de Psiquiatria Americana desenvolveu, em 1952, uma variante da CID-6 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), o DSM-I, o primeiro manual oficial de transtornos mentais a concentrar-se na utilidade clínica.

O DSM-II acompanhou o lançamento da CID-8 em 1968. No ano de 1975, foi desenvolvido a CID-9, mas colocado em vigor apenas no ano de 1978, juntamente com o DSM-III que começou seus trabalhos em 1974 e foi publicado em 1980. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lança a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) em 1992 e, em 1994, temos o lançamento do DSM-IV. Em 1999, a APA deu início a uma avaliação dos pontos fortes e fracos do DSM com base em novas pesquisas que não ofereciam respaldo aos limites estabelecidos para alguns transtornos mentais. Em 23 de julho de 2007, anunciou a força tarefa que supervisionaria o desenvolvimento do DSM-V. Em 18 de maio de 2013, foi lançada a primeira publicação do DSM-V.

A descrição de transtorno mental é a seguinte:

> Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo (DSM-V, 2014, p. 20).

O diagnóstico de transtorno mental deve ter utilidade clínica, devendo ajudar os clínicos a determinarem o prognóstico, os planos de tratamento e os possíveis resultados do tratamento para seus pacientes. Entretanto, o diagnóstico de um transtorno mental não é equivalente à necessidade de tratamento, pois essa necessidade parte de uma decisão clínica complexa que leva em consideração: a gravidade dos sintomas; a importância dos sintomas (por exemplo, presença de ideação suicida); o sofrimento do paciente (dor mental) associado ao(s) sintoma(s); a deficiência ou incapacidade relacionada aos sintomas do paciente; os riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis e outros fatores (DSM-V, 2014). Entretanto, podemos encontrar sujeitos cujos sintomas não satisfazem todos os critérios para um transtorno mental, mas que demonstram necessidade evidente de tratamento ou cuidados (DSM-V, 2014).

4.4.1 Transtorno de Ansiedade Generalizada

Ansiedade e preocupação em excesso com relação a eventos ou atividades diversos são a característica essencial do Transtorno de Ansiedade Generalizada, conforme o DSM-V (2014). Trata-se da expectativa apreensiva. No entanto, há mais aspectos a serem considerados:

> Várias características distinguem o transtorno de ansiedade generalizada da ansiedade não patológica. Primeiro, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são excessivas e geralmente interferem de forma significativa no funcionamento psicossocial, enquanto as preocupações da vida diária não são excessivas e são percebidas como mais manejáveis, podendo ser adiadas quando surgem questões mais prementes. Segundo, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são mais disseminadas, intensas e angustiantes; têm maior duração; e frequentemente ocorrem sem precipitantes. Terceiro, as preocupações diárias são muito menos prováveis de ser acompanhadas por sintomas físicos (p. ex., inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele). Os indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada relatam sofrimento subjetivo devido à preocupação constante e prejuízo relacionado ao funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida. A ansiedade e a preocupação são acompanhadas por, pelo menos, três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fatigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensações de "branco" na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono, embora apenas um sintoma adicional seja exigido para crianças (DSM-V, 2014, p. 223).

O sujeito considera difícil evitar que as preocupações interfiram nas suas tarefas do dia a dia e tem dificuldade em parar de preocupar-se. Pode haver sintomas como tremores, abalos, dores musculares, além de sintomas somáticos como sudorese, náusea e diarreia e resposta de sobressalto exagerada. Também aparecem sintomas de hiperestimulação autonômica, por exemplo, batimentos cardíacos acelerados, falta de ar e tonturas (DSM-V, 2014).

4.4.2 Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma perturbação com duração mínima de seis meses e inclui, pelo menos, um mês de sintomas na fase ativa com dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios; alucinações; discurso desorganizado; comportamento amplamente desorganizado ou catatônico; sintomas negativos (DSM-IV, 2002).

O DSM-V (2014, p. 101) caracteriza a esquizofrenia:

> Indivíduos com esquizofrenia podem exibir afeto inadequado (p. ex., rir na ausência de um estímulo apropriado); humor disfórico que pode assumir a forma de depressão, ansiedade ou raiva; padrão de sono perturbado (p. ex., sono durante

> o dia e atividade durante a noite); e falta de interesse em alimentar-se ou recusa da comida. Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer e por vezes atingem proporções delirantes. Ansiedade e fobias são comuns. Déficits cognitivos na esquizofrenia são comuns e fortemente associados a prejuízos profissionais e funcionais. Esses déficits podem incluir diminuições na memória declarativa, na memória de trabalho, na função da linguagem e em outras funções executivas, bem como velocidade de processamento mais lenta. Anormalidades no processamento sensorial e na capacidade inibitória, bem como redução na atenção, são também encontradas. Alguns indivíduos com esquizofrenia mostram déficits na cognição social, incluindo déficits na capacidade de inferir as intenções dos outros (teoria da mente), podendo atender a eventos ou estímulos irrelevantes e depois interpretá-los como significativos, talvez levando à geração de delírios explanatórios. Esses prejuízos costumam persistir durante a remissão dos sintomas.

Nenhum sintoma isolado é patognomônico de esquizofrenia. O diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados com prejuízo no funcionamento social e ocupacional. Os sintomas positivos refletem um excesso ou distorção de funções normais e os sintomas negativos refletem diminuição ou perda de funções normais (DSM-V, 2014). Dentre os sintomas positivos, encontramos distorções ou exageros do raciocínio lógico (delírios), da percepção (alucinações), da linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e do controle comportamental. Os sintomas negativos incluem restrições na amplitude e intensidade da expressão emocional (embotamento do afeto), na fluência e produtividade do pensamento (alogia) e na iniciação de comportamentos dirigidos a um objetivo (avolição). A esquizofrenia envolve disfunção de uma ou mais áreas importantes do funcionamento, por exemplo, as relações interpessoais, trabalho, educação ou higiene, e tipicamente o funcionamento está abaixo daquele que havia sido atingido antes do aparecimento dos sintomas da patologia (DSM-IV, 2002).

A maioria dos indivíduos com esquizofrenia não se casa (60-70%), e a maior parte mantém contato social limitado. Se eram socialmente ativos, podem tornar-se retraídos, perder o interesse em atividades com as quais anteriormente sentiam prazer, tornar-se menos curiosos e falantes (DSM-IV, 2002). O prejuízo cognitivo é comum em sujeitos com esquizofrenia, e alterações na cognição estão presentes durante o desenvolvimento, antecedendo o aparecimento de psicose e assumindo a forma de prejuízos cognitivos estáveis na vida adulta. Além

disso, estudos apontam para taxa de incidência de comportamento agressivo e violento (DSM-V, 2014).

O início da esquizofrenia tipicamente ocorre entre o final da adolescência e meados da faixa dos 30 anos, sendo raro o início antes da adolescência (embora se tenha relatos de casos iniciados aos cinco e seis anos). Em crianças, os delírios e alucinações são menos elaborados, e as alucinações visuais são mais comuns (DSM-V, 2014).

O suicídio é um importante fator, uma vez que aproximadamente 5% a 6% dos sujeitos esquizofrênicos o cometem e entre 20% fazem pelo menos uma tentativa ao longo da vida. O comportamento suicida é, muitas vezes, resposta ao comando das alucinações para prejudicar a si mesmo ou a outros. Além disso, ter sintomas depressivos ou sentimentos de desesperança e estar desempregado são fatores de risco para o suicídio, e o risco é maior também no período após um episódio psicótico ou alta hospitalar (DSM-V, 2014).

4.4.3 Transtorno Afetivo Bipolar

O transtorno afetivo bipolar é um dos tipos de transtornos de humor, caracterizado por episódios maníacos e depressivos. Mania é um estado do humor caracterizado por elevação do humor, otimismo acentuado, aumento da energia e sentido exagerado de autoestima. Nesse estado, a pessoa fica eufórica ao extremo, com alegria contagiante e excessiva. A depressão é o oposto, o outro extremo da mania, e se manifesta por tristeza, desânimo, diminuição da autoestima, impotência e maior risco de suicídio. A pessoa depressiva não tem vontade de fazer nada, geralmente passa o dia deitada, sem ânimo.

Para diagnosticar transtorno bipolar tipo I, é necessário, pelo menos, um episódio maníaco, tendo sido antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores (DSM-V, 2014). O transtorno afetivo bipolar tipo I é marcado por um conjunto completo de sintomas de mania, durante o curso da doença, acompanhado de episódio de depressão.

A característica essencial de um episódio maníaco, segundo o DSM-V (2014), é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento persistente da atividade ou da energia, com duração de, pelo menos, uma semana. Além disso, deve estar presente na maior parte do dia,

quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária), acompanhado por, pelo menos, três destes sintomas adicionais:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade;
2. Redução da necessidade de sono;
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando;
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados;
5. Distratibilidade;
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (atividade sem propósito não dirigida a objetivos);
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (por exemplo, envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

Se o humor é irritável em vez de elevado ou expansivo, pelo menos quatro destes sintomas mencionados devem estar presentes. Mudanças rápidas no humor durante períodos breves podem ocorrer, sendo referidas como labilidade (alternância entre euforia, disforia e irritabilidade). Durante um episódio maníaco, é comum os indivíduos não perceberem que estão doentes ou necessitando de tratamento; eles podem mudar a forma de se vestir, a maquiagem ou a aparência pessoal para um estilo com maior apelo sexual ou extravagante. Além disso, jogos de azar e comportamentos antissociais podem acompanhar o episódio maníaco, e alguns sujeitos podem se tornar hostis e fisicamente ameaçadores a outros e, quando delirantes, podem agredir fisicamente ou suicidar-se (DSM-V, 2014).

Quanto aos sintomas do episódio depressivo, devem estar presentes cinco ou mais dos sintomas elencados na sequência, por um período de duas semanas, e que representem mudança em relação ao funcionamento anterior:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias;
2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias;
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias;
4. Insônia ou hipersonia quase diária;

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autor recriminação ou culpa por estar doente);
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias;
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Humor deprimido (item1) ou perda de interesse ou prazer (item 2) são sintomas que devem estar presentes (não necessariamente os dois) para diagnóstico de depressão maior. O suicídio consumado em sujeitos com transtorno bipolar ocorre em, pelo menos, 15 vezes mais do que a população em geral, e o transtorno bipolar pode responder por um quarto de todos os suicídios (DSM-V, 2014). De acordo com o Manual Diagnóstico,

> Embora muitos indivíduos com transtorno bipolar retornem a um nível totalmente funcional entre os episódios, aproximadamente 30% mostram prejuízo importante no funcionamento profissional. A recuperação funcional está muito aquém da recuperação dos sintomas, em especial em relação à recuperação do funcionamento profissional, resultando em condição socioeconômica inferior apesar de níveis equivalentes de educação, quando comparados com a população em geral. Indivíduos com transtorno bipolar tipo I têm desempenho pior do que pessoas saudáveis em testes cognitivos. Os prejuízos cognitivos podem contribuir para dificuldades profissionais e interpessoais e persistir ao longo da vida, mesmo durante períodos eutímicos (DSM-V, 2014, p. 131).

4.4.4 Transtorno Depressivo

Conforme o DSM-V (2014), diferentemente do Transtorno Afetivo Bipolar, no transtorno depressivo, o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer deve estar presente obrigatoriamente. O Transtorno Depressivo caracteriza-se

com a presença de cinco (ou mais) dos seguintes sintomas, durante o mesmo período de duas semanas:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias (em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável);
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias;
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias;
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias;
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias;
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, e o sujeito nunca deve ter tido um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco (DSM-V, 2014). Além disso, "os sintomas dos critérios para transtorno depressivo maior devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideação suicida" (DSM-V, 2014, p. 162).

Pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio são comuns, podendo variar desde um desejo passivo de não acordar pela manhã, ou uma crença de que os outros estariam melhor se o indivíduo estivesse morto, até pensamentos transitórios, porém recorrentes, sobre cometer suicídio ou planos específicos para se matar (DSM-V, 2014). Experiências adversas na infância, particularmente quando existem múltiplas experiências de tipos diversos, também constituem um conjunto de fatores de risco potenciais para transtorno depressivo. As motivações para o suicídio podem incluir desejo de desistir

diante de obstáculos percebidos como insuperáveis, intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente doloroso, incapacidade de antever algum prazer na vida ou o desejo de não ser uma carga para os outros (DSM-V, 2014).

A depressão com características psicóticas apresenta como sintomas os delírios e/ou alucinações. As características psicóticas podem ser congruentes com o humor quando os delírios e alucinações têm o conteúdo coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida (DSM-V, 2014). Ou com características psicóticas incongruentes com o humor onde os delírios ou alucinações tem conteúdo que não envolve temas depressivos típicos ou inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida ou cujo conteúdo é uma mistura de temas incongruentes e congruentes com o humor.

A depressão aparece 1,5 a 3 vezes mais alta em indivíduos do sexo feminino tendo início na adolescência (DSM-V, 2014).

4.5 O SUJEITO COM TRANSTORNO MENTAL

Me amarram, me aplicam
Me sufocam num quarto trancado
Socorro
Sou um cara normal
Asfixiado
("Sufoco da Vida", do Grupo Harmonia Enlouquece)[6]

A desinstitucionalização dos sujeitos das instituições manicomiais está imersa no campo da saúde mental coletiva, pois é indissociável da concepção de coletivo que se deseja. Coletivo este não de iguais, mas de singularidades, tão diversas

6 Neste trecho, a música "Sufoco da Vida" traz a vivência de um usuário internado em um hospital psiquiátrico sendo tratado com medicações, tratamento moral e comportamental e como o sujeito vivencia esse momento em busca do ser "normal".

quanto forem os indivíduos, conforme entendimento de Marsillac (2012). Não há cuidado na clausura, não há recuperação e promoção de saúde onde não houver liberdade, sendo a liberdade prerrogativa da condição de sujeito e de coletivo. A desinstitucionalização prevê o cuidado não só pelos profissionais da saúde, mas também pela sociedade. Trata-se do cuidado imbricado na trama da cidade, atrelado aos serviços substitutivos inter-relacionados com a atenção básica, com o cuidado no território, associando o saber técnico ao desejo singular, o cuidado na comunidade e nos serviços de saúde (MARSILLAC, 2012).

De acordo com Torre e Amarante (2001), alienação era entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacitava o sujeito de partilhar do pacto social. E alienado é aquele que está fora de si, fora da realidade, que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Segundo os autores, se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é também perigoso para si e para os demais. Segundo os autores, somente após um processo pedagógico disciplinar, que deveria ser feito no interior do hospício, o alienado poderia recobrar a razão e tornar-se sujeito de direito, tornar-se cidadão. Entretanto, para ser livre é necessário fazer escolhas, desejar e decidir, atributos impossíveis para um alienado nesse contexto. Por isso, os autores entendem que a exclusão da cidadania não era caracterizada como violência ao direito do alienado por ter um objetivo maior de natureza terapêutica, portanto, o tratamento era o direito maior do alienado.

Para Souza (2015, p. 96), "Do ponto de vista governamental, a garantia dos direitos comuns, com vistas a sua igualdade, constitui o processo de construção de cidadania". Ela argumenta que a noção de igualdade só se completa se compartilhada com a noção de equidade. Respeitar a pluralidade e a diversidade de cada sujeito ocorre tecendo ações e políticas governamentais, respeitando o cuidado singular. A equidade está relacionada ao receber atenção em saúde segundo suas necessidades. Sabemos que cada sujeito necessita de diferentes formas de atenção à saúde, portanto, devemos observar, respeitar e oferecer tratamentos diferenciados aos sujeitos. Ainda conforme Souza (2015), o território é o local onde o sujeito com transtorno mental deve ser acompanhado, pois é nele que estão as histórias singulares, experiências, formas de expressão e vida. A adoção do território como um dos atributos da atenção psicossocial reporta a um conceito caro para a saúde mental, que é o princípio da demanda. Isso porque a responsabilização pela demanda não acontece apenas no interior dos serviços de saúde, e a tomada de responsabilidade deve acontecer nos espaços de vida

dos sujeitos. A autora sugere que o território amplia a produção de mudanças, desmistificando a loucura, garantindo um espaço para o louco, um coexistir no território, incluindo os sujeitos.

Para Torre e Amarante (2001), a subjetividade é produto das redes da história, sendo descentrada do indivíduo, sempre coletiva e nunca individual. No entendimento dos autores, a produção de subjetividade não estaria dada, não seria do interior do sujeito, mas produzida pelas diversidades existentes na coletividade. "Sendo produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias os mais diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, produzindo subjetividades e formas de vida" (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 76).

Para Sacks (1995, *apud* TORRE; AMARANTE, 2001, p. 78), "a doença é um processo no sujeito, não é um defeito no corpo, no órgão ou no funcionamento bioquímico". É um processo referente à conduta e à forma de olhar, por isso não se deve apenas tratar o sintoma, é necessário tratar o sujeito. O autor explica que o movimento de tomada de responsabilidade individual e coletiva faz parte de um processo de desconstrução. Sai de uma condição de sujeitamento, com um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em um usuário do sistema de saúde, que produz cidadania para si e para seu grupo, passando, necessariamente, pela autonomia. Nesse contexto, a cura cede lugar para a emancipação, em que o ato terapêutico tem como objetivo produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito. Nesse sentido, Torre e Amarante (2001, p. 84) afirmam:

> Do sujeito alienado, incapaz, irracional, a um protagonista, desejante, construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade. Enfim, é importante ressaltar que significativa parte dessa construção tem sido possibilitada em decorrência da atitude epistemológica proposta por Basaglia de colocar a doença entre parênteses, fazendo da intervenção uma estratégica não de cura/reabilitação, mas de invenção da saúde, de reprodução social dos sujeitos.

A identidade dos sujeitos com transtorno mental é privada de sentido social, é negativa, estigmatizada. Nesse viés, Santos (2005, p. 25) afirma: "Identidade

entendida como um fenômeno que emerge da dialética entre indivíduo e sociedade, onde as premissas de um se equacionam com as representações do outro".

Amarante (1995, p. 491) explica:

> A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Portanto, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade.

Jung disse que estar "louco" é uma concepção extremamente relativa, pois se trata de um conceito social. No entanto, de acordo com Santos (2005, p. 135), "não há rótulos ou diagnósticos que se coloque em alguém que possa descrever toda a complexidade de uma personalidade e faça justiça ao que realmente esta pessoa sente e pensa de si e do mundo". A nova lógica da saúde mental requer um olhar para o sujeito como um todo, como um ser que sofre, que passa por momentos desestabilizadores – perdas e lutos, separação conjugal, perda de emprego, carência afetiva, dentre outras situações do cotidiano – e que deve ser cuidado integralmente, mantendo-o no seu contexto familiar e comunitário.

4.6 A FAMÍLIA

Família, família
Papai, mamãe, titia
Família, família
Almoça junto todo dia
Nunca perde essa mania
(Música Família)[7]

---

7 Essa música, do Álbum Cabeça Dinossauro, Warner Music, de 1986, busca uma reflexão sobre o que temos como modelo de família, como a sociedade nos impõe um modo de olhar para os sujeitos em papéis definidos socialmente em que cada um precisa se "encaixar" para ter uma vida dita normal.

Família é o conceito que aparece e desaparece das teorias sociais e humanas, ora enaltecida, ora demonizada, sendo apontada como a causadora de todos os males, especialmente da repressão e da escravidão, ou exaltada pelo provimento do corpo e da alma, conforme entendimento de Sawaia (2010). Nos anos 60, a família foi vista como antagônica à organização popular e aos movimentos sociais, sendo espaço de reprodução do capital e da alienação, de reprodução de desigualdade e autoritarismo. Pregava-se que a família se extinguiria, pois vinha perdendo sua função de educar e cuidar, sendo apenas vista pelos debates sobre controle de natalidade (SAWAIA, 2010). Entretanto, a família continua sendo a mediação entre o indivíduo e a sociedade, inclusive, atualmente, tem sido enaltecida pelas políticas públicas.

Uma pesquisa realizada pela United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef), em 2002, mostrou que 95% da população jovem de diferentes condições sociais e de todas as regiões do Brasil percebem a família como a instituição mais importante, inclusive 70% declararam que a convivência familiar é motivo de alegria (SAWAIA, 2010). Família entendida como a célula do organismo social que fundamenta uma sociedade, a instância responsável pela sobrevivência de seus componentes, o lugar de pertencimento e de questionamentos, responsável pela socialização, pela introjeção de valores e formação de identidade, espaço privado que se relaciona com o espaço público (LOSACCO, 2010).

Entretanto, na atualidade, conforme Losacco (2010), a configuração familiar está se modificando, por exemplo, deixando de ser aquela constituída unicamente por casamento formal, mas podendo ser formada pelo casamento civil ou religioso, pela união estável ou, ainda, pelos grupos formados por um dos pais ou ascendentes e seus filhos, netos ou sobrinhos, pela mãe solteira, pelo pai solteiro ou pela união homossexual. Segundo a autora, essa nova constituição se constrói baseada mais no afeto do que nas relações de consanguinidade, parentesco ou casamento, formando uma constelação de pessoas interdependentes girando em torno de um eixo comum.

Para Carvalho (2010), tanto a família como o Estado são instituições imprescindíveis para o bom funcionamento das sociedades capitalistas, desempenhando papéis similares de normatização, regulação, poder e dever de proteção e

assistência. A família e as políticas públicas têm, sem dúvida, papel fundamental no desenvolvimento e na proteção social dos indivíduos.

De acordo com Carvalho (2010, p. 271), "A família como expressão máxima da vida privada é lugar da intimidade, construção de sentidos e expressão de sentimentos, onde se exterioriza o sofrimento psíquico que a vida de todos nós põe e repõe". O autor chama a atenção de que é nessa instituição que os sujeitos vão desenvolver os sentimentos de pertencimento a um campo relacional e que, posteriormente, iniciará suas relações na sociedade; a família é condição de inclusão. São os vínculos sociofamiliares que asseguram ao sujeito a segurança de pertencimento social.

Na nova lógica da assistência em saúde mental, a família e a comunidade aparecem como alicerces para o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, pois se preconiza a integração social do indivíduo. Nessa perspectiva, procura-se mantê-lo em seu contexto familiar e social, criando vínculos e permitindo que novos modos de viver em sociedade sejam possíveis.

4.6.1 O papel da família junto ao sujeito com transtorno mental

Minha mãe, meu irmão, minha tia
Me encheram de drogas e levomepromazina
Ai ai ai que sufoco da vida
Tô cansado de tanta levomepromazina
(Música "Sufoco da Vida", do grupo Harmonia Enlouquece)[8]

Historicamente, a família foi excluída do tratamento de seus membros com transtornos mentais, pois os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das metrópoles, o que dificultava o acesso dos familiares a essas instituições (BORBA *et al.*, 2011). Segundo os autores, outro fator que permeava a relação

8 Este trecho da música nos faz refletir sobre a busca da família em "normatizar" o ente adoecido mentalmente; nessa busca pela "cura" do transtorno mental, se faz com que o sujeito se sinta sufocado pela própria medicação psiquiátrica (levomepromazina) que deveria "curá-lo".

da família com o portador de transtorno mental era o entendimento de que os familiares eram os produtores da doença, uma vez que o membro que adoecia era considerado um "bode expiatório", aquele que carregava todas as mazelas do núcleo familiar e deveria ser afastado daqueles considerados responsáveis pela sua doença. Desse modo, restava à família o papel de encaminhar seu familiar à instituição psiquiátrica para que os técnicos do saber se incumbissem do tratamento e da cura.

Borba (2010) revela que as práticas asilares se tornaram terapêuticas quando o fenômeno da loucura passou a ser compreendido como desordem na maneira de ser e de sentir, transformando-se em doença. Dessa forma, foi justificada a exclusão do sujeito da sociedade sob o discurso de que determinado indivíduo precisava ficar longe dos possíveis fatores desencadeantes de sua patologia. De acordo com Foucault (2015), os procedimentos realizados nas instituições psiquiátricas eram orientados pelo desejo da medicina de se apropriar do poder-saber sobre a loucura, adotando o isolamento, o interrogatório, o tratamento moral e punitivo e a rígida disciplina.

Esse distanciamento da família, até a década de 1980, esteve presente na relação sujeito-loucura; então, criam-se novas possibilidades referentes ao papel e ao relacionamento da família com o portador de transtorno mental, segundo Borba *et al.*, (2011). Os autores entendem que essas perspectivas ocorrem em face das novas políticas na área da saúde mental, consequência do movimento da reforma psiquiátrica que acontece no país e orienta a transição dos espaços de tratamento da instituição coercitiva e restritiva para serviços comunitários de atenção à saúde.

A partir desse novo modelo de atenção à saúde mental, a família passa a ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes. Ainda de acordo com Borba *et al.* (2011), cuidar da pessoa com transtorno mental representa para a família um desafio, envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença. Isso implica perceber o ser humano como ser de possibilidades, capacidades e potencialidades, independente das limitações ocasionadas pelo transtorno mental. É preciso considerar que a convivência da família com o sujeito com transtorno mental nem sempre

é harmoniosa, e, por vezes, é permeada por tensões e conflitos, uma vez que é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressas.

A família, na visão de Borba (2010), é a primeira rede social do sujeito, por isso torna-se elemento imprescindível no cuidado e atenção à pessoa em sofrimento psíquico para que este sujeito possa viver em seu meio social e não em instituições psiquiátricas. Segundo a autora, atualmente a inclusão da família e a utilização de recursos e estratégias comunitárias no tratamento de saúde mental são tão importantes e estão em consonância com a proposta de humanização e das políticas de saúde do país. Entretanto, sabe-se que nem sempre é fácil conviver com pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e, por vezes, familiares e amigos passam por situações de sofrimento para lidarem com determinadas situações, o que pode intensificar o mal-estar da própria pessoa adoecida, além de gerar sofrimento no ente cuidador.

Santin e Klafke (2011) destacam que, nas sociedades pré-capitalistas, o cuidado com o louco era responsabilidade da família e, se não houvesse familiar para cuidá-lo, então a justiça ou o rei determinavam seu destino. No século XX, com o movimento de higiene mental e a psicanálise, a família é vista de forma negativa, sendo culpabilizada pelo aparecimento de um ente com transtorno mental; assim o saber psiquiátrico afasta o doente do ambiente familiar, ganhando força as instituições psiquiátricas e a cultura do isolamento social. Melman (2008, *apud* SANTIN; KLAFKE, 2011) aponta que o isolamento também era um modo de proteger a família da loucura e prevenir uma possível contaminação nos demais membros. Para Torre e Amarante (2001, p. 75), "o isolamento é ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional)".

Na década de 1950, os estudos sobre família ganham destaque, surgindo, então, o papel do portador de transtorno mental como um agente catalisador que adoece para proteger os demais membros da família. Ele serve como "bode expiatório" para que o equilíbrio familiar permaneça e nada precise ser modificado nos padrões de relacionamento do grupo (SANTIN; KLAFKE, 2011). Desenvolveu-se, neste momento, a terapia familiar de abordagem sistêmica, que tem seu olhar voltado para as mudanças comportamentais nos padrões relacionais e de comunicação no sistema familiar.

Com as mudanças de paradigmas na saúde mental, muda também a relação da família com o sujeito com transtorno mental, e a família passa a ser considerada

no cuidado ao seu membro, passando a ser objeto de estudo, surgindo diversas visões sobre ela e sua relação com o portador de transtorno mental. Nesse contexto, a família assume diversos papéis: vista como mais um recurso de estratégia de intervenção; considerada como lugar possível de convivência, mas não único e obrigatório; reconhecida como sofredora que necessita de assistência e suporte social; identificada como um sujeito de ação política e coletiva, construtora de cidadania (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Com o processo de desinstitucionalização, o portador de transtorno mental, até então excluído do convívio familiar, passou a ser (re)inserido nas rotinas de sua família, fazendo-se presente e, em algumas situações, tornando-se participativo, segundo entendimento de Brischiliari e Waidman (2012). Na visão dos autores, a experiência de ter um membro da família com transtorno mental mobiliza a família como um todo no seu cotidiano, sempre se fazendo presente o desejo de mudança de vida ou melhora, ainda que com momentos de crise intensa, internações e tratamento contínuo. Tal situação remete ao fato de ser necessário que os próprios familiares reconheçam seus limites para que não adoeçam também, adquirindo forças para aceitar e ajudar o membro com transtorno mental, aprendendo a conviver com o sofrimento psíquico.

Desse modo, o familiar precisa estar preparado para o enfrentamento de situações que surgirão em decorrência do transtorno, além de características frequentemente apresentadas pelos sujeitos com transtorno mental, como dificuldade de demonstrar afeto, falta de diálogo, atitudes impulsivas que estarão presentes no dia a dia da família. Muitas vezes, pelo não conhecimento e não compreensão do transtorno mental, perpetua-se a cultura de estigma e preconceito, em que as pessoas e a comunidade em geral se afastam do sujeito com transtorno mental, bem como de sua família, o que pode gerar grande sofrimento. O afastamento/isolamento social constitui-se em uma das formas de proteger-se e aliviar esse sofrimento. Nesse caso, os familiares deixam de frequentar a casa do portador de transtorno mental, e os que residem com ele deixam de sair de casa e não exercitam o convívio social com medo dos comportamentos do sujeito acometido pelo adoecimento mental (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

A família pode ser entendida não apenas como o somatório de comportamentos, anseios e demandas individuais, mas, sim, como um processo interagente da vida e da trajetória de seus membros; essas trajetórias e movimentos se inter-relacionam e se retroalimentam. É imprescindível que essas famílias sejam

orientadas para que possam enfrentar e gerir esses sentimentos vivenciados neste processo de convívio com o sujeito em sofrimento mental (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012). Orientação esta que cabe também aos demais membros da família para que se reconheçam como parte importante do processo através de seu apoio ao familiar que sofre com o transtorno mental e também aos demais familiares, promovendo uma rede de apoio e de estímulos positivos.

É importante, na visão de Brischiliari e Waidman (2012), que o portador de transtorno mental seja respeitado e aceito com as suas limitações impostas pela patologia, exercitando a habilidade de relacionamento, devendo os dois lados suprirem as dificuldades presentes no dia a dia como a participação em atividades da casa e a divisão de tarefas no domicílio, para que o voltar para casa do sujeito com transtorno mental não seja uma vivência negativa. Reinaldo (2008) entende que manter o sujeito com sofrimento mental no convívio social é endereçar à comunidade a pluralidade da pessoa em sofrimento psíquico na vida social.

Mesmo com os avanços, ainda há muito a ser feito, tanto no cumprimento das metas de cobertura de todos os setores e as unidades da ALVF, como na capacitação dos profissionais e produção de conhecimento na área. Entretanto, até o momento, o grupo de trabalho superou dificuldades logísticas, da falta de envolvimento dos profissionais e de tecnologia apropriada, demonstrando que o objetivo maior, ao ser liderado por esforços mútuos, sobrepõe os obstáculos.

CAPÍTULO 5

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DE SANTA ROSA

Para examinar a política pública de saúde mental de Santa Rosa como promotora de cidadania e (re)inserção social, é necessária uma retomada do percurso histórico do município de Santa Rosa/RS, além de uma explanação sobre a saúde pública do município e uma breve análise da política pública de saúde mental do local.

Posteriormente, será descrita a iconografia das flores, onde cada usuária entrevistada contará sua história de vida através de fotografias da infância, adolescência e vida adulta. Em seguida, será abordado o cuidado ao sujeito com transtorno mental na família e, finalizando, se refletirá sobre a cidadania na loucura.

5.1 SAÚDE MENTAL EM SANTA ROSA

Vem para sentir como a gente o sol do poente
Nas tardes tranquilas do alto Uruguai
Estradas de poeira vermelha
E alguém capinando que acena no mais
Meu jeito colono costeiro
Um pouco de tudo
Me fiz pêlo duro, italiano, alemão

Eu sei sou assim meio prosa
Sou de Santa Rosa e tá loco de bom [1]

5.1.1 Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa

O município de Santa Rosa está localizado no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, com economia predominante metal mecânico e agrícola, sendo também conhecida como Berço Nacional da Soja. A região é modelo do segmento industrial no setor metal mecânico, fabricando peças, máquinas e implementos agrícolas, movimentando o agronegócio e produzindo 66% das colheitadeiras brasileiras (SANTA ROSA, 2017). Segundo dados do IBGE, a população em 2010 era de 68.587 habitantes e, para 2018, população estimada é de 72.919 habitantes, com IDH em 2010 de 0,769, em uma área de 489,798 km² (IBGE, 2017).

Com base no diagnóstico do Plano Municipal de Saúde (PMS), iniciaram-se as mudanças na área da saúde, a partir de 1991 com a reformulação administrativa que desmembrou a antiga Secretaria Municipal de Saúde Habitação e Bem-Estar Social (SMSHBES) em Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (BELTRAME, 1993). Nesse mesmo período, o Estado possuía a estrutura gerencial de saúde em caráter regional, denominada 14ª Regional de Saúde que possuía 19 municípios sob sua jurisdição, enfrentando grandes dificuldades para o desenvolvimento de suas atividades programáticas e funcionando em parte no prédio do antigo INAMPS (BELTRAME, 1993). O quadro de estrutura gerencial municipal, até março de 1991, tinha as ações de saúde executadas pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, Habitação e Bem-Estar Social, que "atendia uma grande gama de serviços com a saúde, resumindo-se a consultas médicas e odontológicas, essencialmente de cunho assistencialista" (BELTRAME, 1993, p. 102).

No histórico do Plano Municipal, aparece que a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, absorveu do orçamento em torno de 2% da receita municipal, sendo a vontade política de fortalecer a área da saúde e o compromisso

1 Música "Sou de Santa Rosa e tá loco de bom" do compositor Antônio Carlos Careca.

da administração de elevar para 10% a participação do município, a fim de realizar a implantação do SUS (BELTRAME, 1993). Segundo dados do Relatório de Gestão do município de Santa Rosa de 2015, a aplicação de recursos municipais configura um percentual de 17%, sendo que o percentual obrigatório segundo a Lei Complementar nº 141/2012 em seu artigo 7º diz que 8% é o percentual da União, 15% do município e 12% do Estado (BRASIL, 2012a).

A criação da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente em janeiro de 1993, em substituição à anterior, deu-se a partir da compreensão de que a municipalização da saúde era a forma de garantir à população acesso universal e gratuito aos serviços de saúde e participação da população nas decisões. Em 1993, foi criado o Fundo Municipal de Saúde, para gerenciar os recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações de saúde (KLERING *et al.*, 1998).

O setor saúde em Santa Rosa foi municipalizado, em 1993, na condição de gestão incipiente, em que só compete ao município gerenciar as ações básicas de saúde, o qual se relaciona com o nível federal na situação de prestador de serviços, recebendo recursos financeiros de acordo com a quantidade de procedimentos realizados. Um ano após, a administração municipal e o Conselho de Saúde optaram pela condição de gestão semiplena, em que o município recebe a totalidade dos recursos de custeio ambulatorial e hospitalar e gerencia o sistema em nível mais avançado de descentralização (KLERING *et al.*, 1998).

De acordo com Klering *et al.* (1998), com o avanço da municipalização, ficou evidente a necessidade de aumentar a agilidade administrativa, sem prejuízo da transparência. Os gestores concluíram de que era importante contratar pessoal em regime de trabalho de 8 horas diárias, com salário compatível e dedicação exclusiva, afirmam os autores. Para tanto, a solução encontrada foi a criação de uma Fundação (em 1995), órgão da administração indireta, com personalidade jurídica de direito público.

Quanto à mudança do modelo implantado, constam as seguintes considerações:

> Considerar a mudança de um padrão curativo e hospitalocêntrico para um padrão de atenção integral e atenção a segmentos da população tradicionalmente não atendidos pelo setor público, procurando a gerência pública e cidadania nos aspectos: mudança introduzida em relação às práticas anteriores; impacto na qualidade de vida da população; viabilidade técnica e financeira; descentralização e democratização da gestão e do processo decisório [...]; forma de articulação com o setor privado; formação e qualificação dos servidores;

> valorização do funcionalismo por meio de condições de trabalho e melhoria salarial; sistemas de apoio à decisão; sistema de avaliação e desempenho; racionalização dos custos; Esta mudança de padrão radical não foi fácil, [...]; c) Valorizar o critério de legitimidade pública, seu grau de sustentabilidade, bem como a aplicabilidade (KLERING *et al.*, 1998, p. 15).

Historicamente, a atenção à saúde prestada à população tinha caráter essencialmente curativo, focado em procedimentos médicos e odontológicos (BELTRAME, 1993). Os escritos do Plano Municipal de Saúde de 1993 relatam que a prestação de serviço até 1992 era realizada pelo município através de uma unidade móvel no Bairro Sulina e Vila Auxiliadora e, posteriormente, esta unidade foi desativada, deslocando os profissionais para atendimento no Posto da Esperança. Nesse local havia atendimento à população em geral e aos escolares através de um médico clínico geral, um pediatra e um odontólogo. Também havia estruturado um posto de primeiros socorros no Parque de Exposições do município.

Além do atendimento médico e odontológico do município, havia serviços estaduais ofertados à população que incluíam também o de enfermagem com o mesmo enfoque curativista e médico centrado, segundo Beltrame (1993). Para ele, estes atendimentos eram prestados no Centro de Saúde nas áreas de clínica geral, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, pediatria e perícia médica, além da existência de postos avançados com atendimentos esporádicos.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de 1993, o Estado ofertava também o Posto de Assistência à Saúde (PAM) no mesmo prédio da sede da 14ª CRS/RS que oferecia atendimento médico diário nas especialidades de clínico geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e oftalmologia. Haviam diversos outros locais em que o Estado prestava atendimento conforme segue: Posto de Saúde Centro Social Urbano de Cruzeiro que realizava atendimento médico, odontológico e procedimentos de enfermagem básicos diariamente; Posto de Saúde SESI Sulina que prestava atendimento odontológico e de enfermagem diário; Posto de Saúde Planalto com assistência médica e de enfermagem; Posto de Saúde Auxiliadora com assistência médica e de enfermagem; Posto de Saúde Pessegueiro com assistência de enfermagem esporádica; Posto de Saúde Sete de Setembro com atendimento médico, de enfermagem e odontológico esporádico (BELTRAME, 1993).

Quanto ao setor hospitalar, no ano de 1993, o município de Santa Rosa contava com o Hospital de Caridade de Santa Rosa com 207 leitos com unidade

pediátrica, clínica, cirúrgica, maternidade, privado, unidade de terapia intensiva (UTI) adulta e infantil. O Hospital Dom Bosco possuía 70 leitos, distribuídos em unidade pediátrica, clínica, cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, hemodiálise e UTI (BELTRAME, 1993).

As prioridades elencadas, em 1993, no Plano Municipal de Saúde, relacionavam-se à realização de concurso público para efetivação de servidores. Destaca-se que havia 16 médicos na rede e a necessidade apontada era de 30, também nas demais áreas esta ampliação era proposta como na odontologia que estavam disponíveis quatro e os registros requeriam dez, dois enfermeiros e o solicitado eram oito, conforme Beltrame (1993). Outro aspecto destacado pelo autor como fundamental refere-se aos recursos físicos que na constituição do sistema, eram precários em todos os postos de saúde, locais pequenos e muitas vezes adaptados. O Plano Municipal de Saúde, de 1993, também apontava para a importância de garantir direito à população de ter acesso a medicamentos, sendo que se idealizou que tais componentes medicamentosos pudessem ser dispensados nas unidades de saúde através da criação de uma política municipal de medicamentos. O que atualmente é realidade, sendo que cada Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) modalidade de habilitação II e CAPS Álcool e Outras Drogas (AD) fazem a gerência dos medicamentos para seus usuários.

Em meados da década de 90, emerge, no cenário brasileiro, a proposição de reorganização do modelo assistencial de saúde e, a partir desta proposta é criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que na década seguinte reorganiza-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é a porta de entrada para a população no SUS, representando um mecanismo emblemático de reorganização da APS em nosso país (BRASIL, 2012b). Em sua forma mais desenvolvida, a APS é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

A partir dessas considerações e com o princípio da descentralização, a Fundação Municipal de Saúde assume a total responsabilidade pelas ações e estratégias de ampliação da política pública de saúde em seu território, tendo como foco principal a APS. A APS possui diversos mecanismos e capilaridades a fim de atender as demandas peculiares dos sujeitos e do local em que vivem, resultando nas diferentes ofertas e ações de serviços. Para isso o Ministério da Saúde propõe

diversas áreas de atuações a fim de atender esses cenários plurais, tais como: serviços na área de saúde mental como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipes de apoio nos territórios dos ESF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), academias populares de saúde, serviços especializados, entre outros.

Atualmente, no município, cada distrito sanitário possui uma ESF com equipe multiprofissional. Totalizam 17 ESF e dois postos de saúde avançados. As equipes são compostas por agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos de família e comunidade, odontólogos e auxiliar bucal. Além da equipe mínima, a atenção a saúde é prestada pela equipe multiprofissional com psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médico pediatra, médico ginecologista, que fazem parte das equipes do NASF Sul e NASF Norte, cobrindo 100% do território com matriciamento e clínica ampliada, além de atendimentos individuais.

A rede municipal de saúde conta também com duas unidades de CAPS, sendo um CAPS II e um CAPS AD, localizados no bairro Cruzeiro e atende as situações de sofrimento mental grave, e usuários de álcool e outras drogas, com oficinas terapêuticas, atendimento individual com psicólogo, psiquiatra, médico de saúde da família e da comunidade, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, entre outros, constituindo uma equipe que lança um olhar diferenciado sobre esses sujeitos.

A rede assistencial conta com a estrutura de componentes especializados como o setor da Assistência Farmacêutica, estrutura destinada a coordenação da rede municipal de medicamentos e dispensação de insumos medicamentosos. A FUMSSAR possui em sua rede de saúde um laboratório próprio de análises clínicas, com uma estrutura e equipe voltadas as demandas geradas pelo próprio sistema. No município existe o Centro de Especialidades – Serviço de Atendimento Especializado (SAE), que atende doenças como tuberculose, HIV/AIDS, hepatites, entre outras. O serviço ocorre na lógica de oferta de um serviço regional aos vinte e dois municípios que compõem a 14ª CRS/RS.

Existem, ainda, outros serviços de gestão municipal, mas que são de referência regional, como o Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro Especializado de Reabilitação (CER II) e o Hemocentro. O CEREST é um serviço de saúde direcionado aos trabalhadores que foi implementado a partir dos anos 80 na rede pública de saúde, com o objetivo de prestar atenção integral,

de assistência e vigilância dos agravos e das condições dos ambientes de trabalho. O CER II é um serviço de reabilitação intelectual e auditiva que visa garantir o desenvolvimento de habilidades funcionais das pessoas com deficiência para promover sua autonomia e independência. O Hemocentro realiza coletas de sangue, todos os exames de triagem e fracionamento das amostras sanguíneas, sendo um serviço de referência regional.

5.2 POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

Quanto à estrutura de saúde pública assistencial do município, a rede de atenção básica está organizada através de ações e serviços de saúde à população contando com dezessete ESF, mais duas unidades avançadas, vinculadas a territórios adscritos, distribuídos geograficamente no município. A atenção básica possui posição estratégica no SUS, sendo a porta de entrada ao sistema em que as equipes terão o primeiro contato com o sujeito e sua família. Nesse espaço, há oportunidade para se conhecer os usuários na dinâmica da vida enfocando o cuidado para além do modelo curativista tão difundido no país. Nesse sentido, há potencial para que seja na atenção básica escutados os sofrimentos e as angústias dos sujeitos que muitas vezes aparecem na forma de sinais e sintomas de sofrimento mental.

De acordo com a Política Municipal de Saúde Mental, a realidade da saúde mental até 2010 era centrada no atendimento pelo médico e psicólogo com enfoque na abordagem individual. Segundo Bisognin (2012), havia dificuldade de acesso dos usuários no acompanhamento qualificado e integrado em virtude das inúmeras demandas do território, sendo que nas unidades básicas de saúde o sujeito em sofrimento mental era encaminhado por algum profissional da equipe da UBS para aguardar atendimento psicológico, havendo longas filas de espera que chegavam a um ano, não havendo durante esse período nenhuma abordagem para acompanhamento do usuário e/ou seus familiares.

Bisognin (2012) chama a atenção para o fato de que, segundo a Política Pública de Saúde Mental, a ampliação da reflexão sobre as práticas psicossociais ocorreu mais intensamente a partir de 2010, momento em que a gestão municipal instituiu a Coordenação da Área Técnica em Saúde Mental, tendo por objetivo

fomentar discussões para qualificar a atenção e a gestão do cuidado a nível local da saúde mental. A Política Municipal de Saúde Mental de Santa Rosa pretende estabelecer os princípios norteadores das ações em saúde mental que vão ao encontro do proposto pela Reforma Psiquiátrica, bem como pela Política Nacional de Saúde Mental superando, dessa forma, o modelo fragmentado e individual de atendimento passando para uma abordagem por equipe interdisciplinar.

Portanto, superar o modelo manicomial e estruturar-se, conforme os preceitos da Reforma Psiquiátrica, através de acesso universal a todos os usuários com sofrimento mental, além de atuação preventiva promovendo a vida e a cidadania, é o objetivo da Política Municipal de Saúde Mental do município de Santa Rosa, conforme Bisognin (2012). Ainda de acordo com a autora, fica claro que a proposta da política municipal é ampliar as reflexões com os atores envolvidos, buscando mudanças e acolhimento aos sujeitos com sofrimento mental nos territórios, apoio matricial da equipe de psicólogos e profissionais do CAPS e referência à especialidade, quando necessário.

De acordo com a Política Municipal de Saúde Mental, as demandas de saúde mental do município de Santa Rosa são acolhidas pela equipe da Unidade Básica de Saúde, e, quando o caso requer abordagem interdisciplinar, é realizada pela equipe discussão do caso a fim de estabelecer Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um instrumento de qualificação da intervenção e de planejamento da equipe com objetivo de garantir a integralidade no cuidado traçando metas a curto, médio e longo prazo, além disso visa a manutenção do vínculo e responsabilização da equipe com o usuário.

A atenção em saúde mental qualificada deve ser estruturada com base no território, mantendo o vínculo do usuário com a equipe de saúde local, valorizando a subjetividade desse sujeito. Dessa forma, o município de Santa Rosa, além da equipe mínima da Unidade Básica de Saúde, conta também com profissionais do NASF que compõem semanalmente a agenda de atendimentos no território da UBS. Os profissionais buscam em suas ações e posturas o estabelecimento de vínculos com a população atuando interdisciplinarmente no intuito de transformar a realidade local. O acolhimento do sofrimento mental dá-se, também, por atividades coletivas, como roda de terapia comunitária e oficinas terapêuticas, que acontecem semanal ou quinzenalmente de acordo com a organização de cada território, estando em consonância com as proposições de Reinaldo (2008), que explica a tendência de incluir no cuidado de saúde mental novos dispositivos de

envolvimento comunitário, visando o tratamento precoce, contínuo e eficiente na reinserção do usuário.

5.2.1 Constituição e funcionamento do CAPS Novo Rumo

O CAPS II – Novo Rumo, no município de Santa Rosa/RS, começou seu funcionamento em vinte de março do ano de dois mil e oito e foi criado para ser um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e para promover a construção de uma rede efetiva de cuidados em saúde mental no município. Sua principal função é ser local de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência demandem cuidados mais intensivos.

No CAPS II de Santa Rosa são realizados atendimentos individuais e compartilhados por equipe multiprofissional, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, atendimentos em grupo, reuniões de equipe, matriciamento com as equipes da atenção básica, eventos culturais e festivos para inserção dos usuários na sociedade. Atualmente o serviço tem em sua equipe multiprofissional: uma médica de família e comunidade (20h semanais), um médico psiquiatra (12h semanais), uma assistente social (30h semanais), uma enfermeira (40h semanais), uma psicóloga (40h semanais), um terapeuta ocupacional (20h semanais) e dois técnicos em enfermagem (40 e 20h semanais). Além da contratação de monitores, quando necessário, para oficinas de *biscuit*, fotografia etc.

O CAPS tem como finalidades: disponibilizar aos usuários em sofrimento psíquico um espaço de escuta terapêutica através da equipe multidisciplinar; realizar oficinas terapêuticas com os pacientes; reduzir as internações hospitalares, possibilitando aos indivíduos com transtorno mental sua permanência no meio familiar e social; promover ações de educação junto às famílias e comunidade, para sensibilização e reintegração das pessoas em sofrimento psíquico; promover ações que incentivem o lazer e o convívio social das pessoas em sofrimento psíquico; promover trabalho de educação aos profissionais de toda a rede básica, capacitando-os para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, além de matriciamento dos casos atendidos com as equipes de saúde de referência.

Os usuários do serviço são encaminhados por médicos, psicólogos e enfermeiros que atuam na rede básica de saúde do município, se atendidos os critérios para atendimento no CAPS II. Além disso, podem ser encaminhados pelo poder

judiciário, egressos de pronto atendimento na UPA (por exemplo, por tentativa de suicídio) e os egressos de internação hospitalar.

O primeiro atendimento é realizado por equipe multiprofissional, que realiza o acolhimento, levanta dados de identificação, queixas principais, sinais e sintomas clínicos. A partir disso, faz-se o encaminhamento para outros atendimentos, conforme severidade do quadro clínico do paciente. Durante o período de tratamento, o paciente recebe o acompanhamento da equipe multiprofissional. O usuário possui um prontuário único e individual, onde são registrados o Plano Terapêutico Individual, os atendimentos da equipe e intercorrências do paciente. O controle dos medicamentos é realizado pela equipe que orienta, administra e faz o acompanhamento clínico necessário. No prédio do CAPS II são fornecidos gratuitamente os medicamentos aos pacientes que consultam na rede básica de saúde.

Qualquer profissional da equipe está habilitado para atender individualmente ou em grupos, acompanhar internação e promover os cuidados básicos, visitar o domicílio do paciente, atuar nas oficinas terapêuticas e junto a outros profissionais não ligados à área de saúde (artistas plásticos, artesãos, fotógrafos etc.). A equipe realiza visitas domiciliares em três turnos da semana, fazendo busca de pacientes faltosos, visitas para conversa com familiares e aos novos casos encaminhados para o serviço pela UPA, por exemplo.

As internações psiquiátricas solicitadas pelos médicos do CAPS II são encaminhadas para um hospital do município com leitos psiquiátricos disponíveis. A equipe do CAPS II reúne-se semanalmente, na quinta-feira, visando discutir casos clínicos e questões administrativas do serviço, bem como para realizar estudos de casos e estudos sobre as psicopatologias, com elaboração de planos terapêuticos dos casos discutidos.

Para melhor inserção dos usuários na comunidade, o serviço organiza atividades culturais e sociais das pessoas em atendimento, promovendo passeios (na Fenasoja e Hortifrutigranjeiros) e festas em datas comemorativas como aniversário do CAPS, festa de Natal e festival da canção, visando incentivar os valores artísticos e culturais, e fomentando a participação dos indivíduos em apresentações musicais e teatrais nas festas e eventos promovidos no município.

O objetivo principal o serviço CAPS II deve se assentar nas premissas da reforma psiquiátrica de autonomia, ressocialização e cidadania, como seus alicerces, visando reduzir as internações hospitalares e proporcionar aos sujeitos

em sofrimento psíquico um lugar na comunidade de seu território. Odin[2] diz *"acho bom que existe o CAPS, se não como seria essas pessoas todas por aí"* atrela à considerável melhora sintomática de sua esposa ao tratamento recebido no serviço de saúde mental do município, ao seu convívio em sociedade e as novas possibilidades encontradas pela usuária e seus familiares de conviver com o transtorno mental. Eros[3] concorda com Odin "Depois que ela começou a se tratar no CAPS diminuiu as internações e o pessoal conversa muito com ela. Ela não é de muita conversa, por isso para mim é ótimo ela ir lá (CAPS), se não ela ia estar numa clínica hoje porque não ia ter como controlar ela".

5.3 LINHA DE CUIDADO DA SAÚDE MENTAL

As transformações do SUS e da Reforma Sanitária, com os seus reflexos em Santa Rosa, foram determinantes na forma de organização da Atenção Primária à Saúde do sistema municipal de saúde. A vontade política manifestada na municipalização da saúde, a efetiva participação da população exercendo o controle social e a atuação de profissionais contratados com dedicação exclusiva, criaram o cenário para que a organização da assistência na APS pudesse contar com orientações técnicas elaboradas pelos próprios trabalhadores da rede básica de saúde. Em 1996, foram elaborados os "Programas de Atenção Integral à Saúde", revisados e ampliados em 2000, e, em 2008, concluída a elaboração do Protocolo Técnico Assistencial da FUMSSAR.

O Protocolo Técnico Assistencial da FUMSSAR foi elaborado por profissionais da rede que, voluntariamente, aderiram ao projeto. Os temas que seriam objeto de protocolos foram definidos conjuntamente em função da realidade do sistema naquele momento. Para cada tema foram constituídas equipes com, pelo menos, um trabalhador de cada categoria profissional. As equipes tinham um turno por mês para se reunirem, estudar o tema e preparar o protocolo sob a coordenação de um dos membros. Mensalmente estes coordenadores reuniam-se com o coordenador geral e era feita avaliação do andamento dos trabalhos.

2 Significa "ele traz inspiração", "ele inspira", "inquieto", "exaltado".

3 Significa "amor", "cupido".

Cada protocolo foi apresentado na reunião mensal dos profissionais de nível superior, discutido, revisado e reapresentado se necessário (FUMSSAR, 2008).

Além da troca entre os profissionais, a sistemática permitiu a integração entre as diferentes categorias envolvidas na assistência, estimulando e facilitando o trabalho em equipe. Resultando em propostas factíveis, serviu para alavancar mudanças necessárias, atualizar as práticas com a literatura científica e estimular a realização de estudos e pesquisas, buscando qualificar e avaliar o próprio trabalho (FUMSSAR, 2008).

Esse protocolo técnico assistencial foi elaborado nas seguintes áreas: ações em saúde da mulher, saúde da criança, planejamento familiar, pré-natal, saúde bucal, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II, saúde mental, tabagismo, DST/AIDS. Esses protocolos tinham como objetivo nortear as ações em saúde de acordo com o tema e normatizar os atendimentos e procedimentos de saúde ofertados à população (FUMSSAR, 2008).

O protocolo de saúde mental foi escrito por 12 profissionais de saúde de diversas categorias. Na época, a equipe específica da Saúde Mental do município contava com dois psiquiatras, duas psicólogas, uma assistente social, além do apoio de estagiárias de psicologia e artes (FUMSSAR, 2008). Os cuidados à Saúde Mental eram desenvolvidos de forma integrada com as equipes das UBS com a participação dos profissionais de todas as áreas de saúde.

Os princípios gerais do Protocolo Técnico Assistencial de Saúde Mental (FUMSSAR, 2008) são:

a. O posto de saúde é a unidade de referência para o atendimento aos sujeitos com sofrimentos psíquico;
b. A equipe transdisciplinar é responsável pelo acolhimento ao usuário, participando com seus saberes na construção do atendimento, visando a saúde integral dos sujeitos e evitando a fragmentação do atendimento;
c. Em princípio os pacientes devem fazer parte da área de abrangência do posto de saúde, com exceção dos encaminhamentos para grupos de acordo com a necessidade e com a unidade que realize o tipo de trabalho indicado, orientando sempre o retorno para o posto de origem;
d. O atendimento em saúde mental compreende diferentes âmbitos de intervenção: afetivo, educativo, assistencial e de reabilitação;

e. O trabalho em Saúde Mental tem como base de suas ações promover a saúde, o respeito e a integração do sujeito com sofrimento psíquico à sua comunidade.

O objetivo geral era organizar o atendimento integral às pessoas portadoras de sofrimento psíquico na rede básica de saúde a ser desenvolvido por equipes transdisciplinares em cada unidade sanitária. E os objetivos específicos eram: a) Proporcionar acolhimento e atendimento individual em saúde mental para adultos, crianças, adolescentes, idosos e suas famílias; b) Criar grupos operativos ou sócio terapêuticos de usuários em tratamento ambulatorial ou que procurem os serviços; c) Oportunizar atendimento individual a familiares de usuários portadores de sofrimento psíquico para informação, apoio e manejo dos pacientes; d) Oferecer oficinas terapêuticas e de criatividade para a produção de trabalhos manuais, expressão ou conhecimentos e inserção social dos usuários; e) Contribuir para diminuir a necessidade de internações psiquiátricas e maior espaçamento entre as crises; f) Realizar visitas domiciliares em caso de impossibilidade de acesso à unidade sanitária ou quando necessário para o melhor atendimento; g) Acompanhar pacientes, se necessário, em caso de internação interligando a rede hospitalar e outros serviços; h) Elaborar projetos de pesquisa sobre a realidade da saúde mental no município para permitir a avaliação e consecução dos objetivos propostos; i) Oportunizar cuidados aos trabalhadores de saúde através de capacitação, encontros, grupo de estudo, atividades de expressão de sentimentos e eventos específicos (FUMSSAR, 2008).

As ações propostas no protocolo de saúde mental (FUMSSAR, 2008):

a. Na Prevenção Primária através de cuidados primordiais à saúde mental para oportunizar o desenvolvimento global e prevenir seus impedimentos a serem desenvolvidos pela equipe, são:
    - Participar e organizar grupos de gestantes, puérperas, adolescentes, crianças, adultos, idosos, entre outros;
    - Oficinas terapêuticas e de criatividade;
    - Orientações às famílias dos usuários;
    - Palestras para comunidade;
    - Atividades lúdicas para todas as idades;
    - Participação de eventos comunitários;
    - Realização de projetos governamentais;

- Campanhas de esclarecimentos para acolhimento de pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

b. Na Prevenção Secundária visando favorecer o diagnóstico precoce e o tratamento dos impedimentos e das deficiências, através de atividades a serem realizadas pela equipe:
   - Desenvolvimento de instrumentos e objetivos para o registro dos sintomas e acompanhamento;
   - Incentivo às atividades junto à comunidade para identificação dos sintomas o mais precoce possível;
   - Atendimento individual referenciando aos profissionais do posto através de agendamento;
   - Grupoterapias;
   - Oficinas terapêuticas e de criatividade;
   - Visitas domiciliares de acordo com avaliação da equipe;
   - Atendimento às famílias sempre que requerido.

c. Na Prevenção Terciária visando orientar a reabilitação quando houver incapacidades, com atividades a serem desenvolvidas pela equipe:
   - Atendimento individual ambulatorial, domiciliar ou hospitalar;
   - Internação em hospitais de referência, hospitais dia ou CAPS;
   - Internação domiciliar;
   - Pensões protegidas ou residências terapêuticas.

O protocolo de saúde mental preconizava que a primeira consulta do usuário com o psiquiatra deveria ser agendada conforme referência dos demais profissionais da equipe através de boletim de referência, dependendo do caso, podendo ter alta, ou ser contra referenciado à equipe com plano terapêutico indicado (FUMSSAR, 2008). O encaminhamento para atendimento psicológico era feito pelos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros), sendo que cada posto de saúde possuía uma lista de espera de pacientes, chamados quando houvesse disponibilidade de vaga para psicoterapia. Os casos detectados como urgência no posto de saúde tinham prioridade, passando à frente na lista de espera da psicóloga, devendo ser considerados casos de urgência aqueles que envolverem risco de vida, ou quando a intervenção psicológica deva ser rápida (casos de violência, perdas, gestantes...).

As consultas psicológicas eram realizadas de acordo com a presença do profissional psicólogo no posto de saúde (uma vez por semana ou a cada duas semanas). Os encaminhamentos para os grupos de saúde mental eram realizados por profissionais de nível superior da unidade de saúde através de boletim de referência ao psicólogo, o qual realizava triagem e posterior encaminhamento ao grupo (FUMSSAR, 2008).

Atualmente, a FUMSSAR conta com a Linha de Saúde Mental composta por profissionais do CAPS e psicólogas do NASF que estão elaborando os fluxos do usuário na rede de saúde, além de elencar os pontos norteadores da saúde mental do município, devendo também criar estratégias e dispositivos para articulação dos serviços e melhoria das condições de acesso e tratamento aos sujeitos em sofrimento mental, prezando pela autonomia e cidadania desses sujeitos. Os princípios gerais do Protocolo Técnico Assistencial de Saúde Mental de 2008 seguem sendo diretrizes para o acolhimento as demandas da saúde mental. Entretanto, os objetivos e ações foram evoluindo e tomando novos modelos, por exemplo, o atendimento não ser apenas individual por psiquiatra e psicólogo, mas se ter a possibilidade de atendimentos multiprofissionais e compartilhados, o uso de apoio matricial e da clínica ampliada que remete a novos olhares e saberes sobre o adoecimento mental, além de novas formas de se pensar o sofrimento psíquico. As ações propostas vêm ao encontro da promoção de autonomia, cidadania e desenvolvimento humano, para além da medicalização e tratamento convencionais regidos pelo modelo médico assistencial.

5.4 SAÚDE MENTAL EM AÇÃO NO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA

As políticas públicas são ações que o Estado apresenta de acordo com as necessidades da população. Cada área específica que afeta a vida das pessoas merece uma resposta do Estado, como política de educação, de saneamento básico, de segurança, de saúde etc. Deve-se pensar que cada política pública é uma resposta do Estado a uma necessidade dos cidadãos, entretanto isso não quer dizer que essa seja a melhor ação, pois uma política pública depende de vários atores sociais que participam da formulação e implementação, além das normas, leis,

portarias, financiamento, ações concretas, público beneficiário etc., e todos esses pontos vão ter importância e vão impactar na política pública.

Desde o início dos anos 90, conforme Jorge, Carvalho e Silva (2014), vem sendo implementado no Brasil a reorientação do modelo assistencial onde a atenção básica de saúde é considerada um núcleo organizador e integrador das redes de serviços de saúde, assegurando a coordenação e continuidade do cuidado. Para os autores, a atenção primária deve se configurar porta de entrada do sistema de saúde, organizando-se de maneira a resolver tanto situações mais simples e pontuais quanto prover cuidado continuado a problemas de saúde que se prolongam ao longo da vida, sendo local privilegiado de cuidados a saúde mental. Dessa forma, percebe-se que, no município de Santa Rosa, as equipes da Atenção Primária contam com profissionais aptos a realizarem escuta e tratamento para sujeitos em sofrimento mental, seja através da equipe mínima da ESF, seja através das equipes dos NASF ou do serviço de atenção psicossocial especializado.

O usuário de saúde mental, ao ingressar no serviço de saúde através da porta de entrada, que é a UBS, encontra nos profissionais acolhimento de seu sofrimento mental, primeiramente através de uma escuta de acolhimento realizada pelo profissional da equipe da ESF. Esse acolhimento à demanda espontânea gera o preenchimento de um formulário pensado pela Linha de Cuidado da Saúde Mental da FUMSSAR que elucidará alguns sintomas existentes ou não naquele sujeito, através de um breve roteiro de perguntas que norteará o profissional de saúde na condução dessa escuta qualificada inicial de saúde mental.

Após essa primeira escuta, o profissional, com base nos critérios do roteiro de entrevista, decidirá qual melhor encaminhamento para aquele sujeito, que pode ser o encaminhamento pelo profissional da enfermagem ou médico da equipe mínima da UBS para matriciamento, ou para o serviço de referência de saúde mental do município, conforme os critérios elencados.

Se o usuário for encaminhado para os profissionais da Atenção Básica, matriciamento, o caso será discutido em reunião de equipe de saúde onde comparecem todos os profissionais que atuam na UBS e alguns do NASF daquele território. Neste momento, pode-se pensar num PTS inicial para esse paciente, onde serão elencados os riscos, a história pregressa, o histórico familiar, o uso de fármacos ou não, o risco suicida etc., e previstas ações e intervenções por equipe multiprofissional a curto, médio e longo prazo. Entende-se como de fundamental importância a atuação da equipe de atenção básica tanto no atendimento de

usuários com diabetes e hipertensão arterial, quanto de transtornos psíquicos de menor gravidade, como ansiedade, depressão, somatização etc., além do acompanhamento a pacientes com transtorno mental severo e persistente, como esquizofrenia, onde diversos atores ofertam cuidado a esse usuário, como a ESF, os CAPS, centros comunitários de convivência etc.

Nesse contexto, o trabalho do NASF na atenção básica de Santa Rosa se integra através do apoio matricial, da clínica ampliada, dos atendimentos individuais e de grupos, e pelo projeto terapêutico singular, em que o cuidado é realizado no contexto familiar e na comunidade, garantindo a continuidade do cuidado multiprofissional pelas equipes de saúde da família. Esse cuidado integral visa a prevenção e promoção, através de palestras, grupo de convívio, rodas terapêuticas, programa saúde na escola, e o tratamento e reabilitação psicossocial, através de equipe multiprofissional da ESF e CAPS com atendimentos individuais e em grupo por equipe multiprofissional, oficinas terapêuticas, rodas de conversa, apoio matricial, discussão em reuniões de equipe, grupos de convívio e internação em ala psiquiátrica de hospital geral, se necessário.

O município dispõe de diversos dispositivos de cuidado ao sofrimento psíquico, mas ainda se faz necessário o fortalecimento da atenção básica como estratégia primordial para a melhoria das condições de saúde da população e esse fortalecimento deve visar a integração dos serviços em rede, promovendo o cuidado integral e a cidadania aos usuários. Outro permanente desafio é equacionar o financiamento adequado de um modelo assistencial, o ganho foi, que a partir de 2008, a saúde mental entrou como meta prioritária no Pacto pela Vida, e mais recentemente, a atenção psicossocial foi incluída no decreto nº 7508/2011 que regulamenta a Lei nº 8080/90, vislumbrando a construção de uma rede assistencial que substitua as internações em hospitais psiquiátricos. Pode-se reforçar a ideia da reforma psiquiátrica que migra de um modelo centrado na internação psiquiátrica para um modelo de base territorial, com diferentes tipos de recursos e intensidades.

Entende-se que a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica permite contato direto e estreito com as necessidades de saúde desses sujeitos, visto que a principal característica desse tipo de prática é justamente não segregar ou juntar pessoas por tipo de diagnóstico como faziam os hospitais psiquiátricos e ainda fazem, de certa forma, os CAPS, ainda que inseridos no território, ao delimitarem “grupos de ansiosos”, “grupos de transtorno bipolar”, “grupos de

adolescentes que se automutilam" etc., eis, então, o grande desafio dos profissionais da saúde, cuidar sem segregar.

Quando se pensa em CAPS, deve-se lembrar de marcos como a Lei nº 10.216 da reforma psiquiátrica, da portaria nº 182/2002, além da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que consolidaram os novos moldes da atenção em saúde mental, levando os centros a se destacarem como dispositivos estratégicos para as mudanças do modelo hospitalar. E os CAPS aparecem tendo como característica principal o caráter substitutivo de base territorial, além de ter em seus princípios a responsabilização dos sujeitos atendidos, funcionando como lugar de referência para seus usuários. É necessário ter em mente que se trata de um serviço de referência em atendimento a transtornos mentais graves, e que sujeitos nessas condições devem ser encaminhados e receberem cuidados nesse serviço, além disso, tal serviço deve ter como objetivo traçar estratégias a nível municipal para o cuidado em saúde mental, seja ele realizado na rede de atenção básica ou nos serviços especializados.

A rede de serviços deve funcionar de maneira integrada e articulada, deve dar conta dos casos de urgência e emergência, não gerando exclusão e segregação, e garantir intervenções terapêuticas e trabalhos intersetoriais inclusivos. Uma rede se institui com a conversa entre diversos serviços e setores, constituindo referências capazes de acolher o sujeito em sofrimento mental através de articulações entre instituições, associações, cooperativas e diferentes espaços da comunidade.

A tarefa primordial é fazer com que o serviço de saúde mental de referência do município seja acessível; seja próximo as pessoas; esteja disponível o maior tempo possível; forme uma rede de proteção social e apresente um conjunto de ofertas de programas e atividades adequados ao público que atende. É preciso estar atento à máxima da OMS que diz "O serviço tem que ser expressão da política" em que o princípio do bom cuidado é o fato de ser uma atitude perene e não um ato isolado.

5.5 ICONOGRAFIA DAS FLORES

As simbologias e os significados associados à flor diferem muito de cultura para cultura. Apesar disso, a flor é um símbolo antigo e universal do princípio

passivo, do nascimento e do ciclo vital. Pelo fato de murcharem depressa, também podem simbolizar a inconstância e efemeridade da vida. Desde a Antiguidade, muitas foram usadas para a cura de diversos males e nos rituais sagrados. Quando estão abertas, as flores simbolizam a natureza em seu maior esplendor. Elas representam a glória e refletem tudo o que é passivo e feminino, tudo o que esteja ligado à beleza, à juventude, à paz, ao espírito e à primavera. Além disso, sua beleza fugaz representa a brevidade da juventude, bem como a glória. E foi por isso que se optou por chamar cada entrevistada pelo nome de uma flor.

5.5.1 Amarílis, Jasmim, Orquídea e Tulipa

As participantes, sujeitos da pesquisa, são quatro mulheres com transtorno mental e cinco familiares. Elas têm idade entre 39 e 50 anos, são usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa/RS e, ao serem convidadas, aceitaram participar da pesquisa. Foram entrevistados os familiares das usuárias de saúde mental da rede municipal de saúde, sendo que todos os familiares entrevistados residiam junto da usuária com diagnóstico de transtorno mental.

Os critérios utilizados para seleção das participantes foi o fato de, no período da pesquisa, estarem em acompanhamento no CAPS II do município de Santa Rosa/RS, com diagnóstico de adoecimento mental anterior ao ano de 2001, ano em que foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A escolha das participantes deu-se mediante indicação da equipe do CAPS II do município de Santa Rosa/RS. Depois de agendada previamente a visita, a pesquisadora foi até a residência das participantes, no mês de julho de 2018. Na ocasião, conversou explicando o objetivo da pesquisa e sua metodologia, formalizando o convite, que foi aceito.

Para fins deste estudo, as entrevistadas foram identificadas por nome de flores, para preservar suas identidades e como simbologia do feminino. As flores estão repletas de simbologia e podem simbolizar jovialidade, energia, nova vida e vitória sobre a morte, temas existentes e intrínsecos ao sofrimento psíquico. Nesse sentido, temos Amarílis, Jasmim, Orquídea e Tulipa, que passamos a apresentar individualmente.

1) Amarílis[4]

Amarílis, 46 anos, frequenta o CAPS II desde setembro de 2009, tem atendimentos individuais e em grupo, participa de diversas atividades no serviço de saúde mental do município, tem diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Ela é casada e tem uma filha.

Durante a iconografia, Amarílis relata que é a mais velha de três irmãs e que passou momentos da infância muito difíceis junto ao pai alcoolista. Ele trabalhava durante a semana e, nos fins de semana, consumia bebida alcoólica em excesso.

Sobre sua adolescência não conseguiu nenhuma fotografia e tampouco fez relatos sobre esse momento de sua vida. Atribui a esse momento seu casamento aos 25 anos de idade e o nascimento da única filha um ano e meio depois.

Na vida adulta, Amarílis diz que *"sai muitas faíscas as vezes"* (ri). Odin está junto e complementa: *"Mas é meio geral isso, a gente vive bem. Pegamos o jeito de viver bem, somos casados há 20 anos, tivemos vários problemas, mas a igreja nos ajuda"*. Amarílis diz *"a igreja é bom, fazem festa para dançar, casais dançam, tem casamento, tem respeito, preocupação com o próximo"* [...] *"vamos todos na igreja"* [...] *"eu faço as tarefas de casa, arrumo os quartos, coloco os tênis no sol, lavo roupa e ela (filha) ajuda"*.

Ela fala: *"sou amiga de todo mundo no CAPS, dou oi para todo mundo, levo palitinhos para comermos. Já fiz 'cri' para ensinar as gurias (profissionais de saúde), as vezes dou muita ordem e as gurias dizem 'olha Amarílis'. Lá ninguém é louco, somos loucos uns pelos outros como diz na camiseta [silêncio por um instante]. Lá a gente não é louco". E continua: "mas também vou na igreja, lá a gente tem escolinha, vai nas casas 'pregar', tem salão do reino, é ótimo mesmo [...] Minha semana é cheia, segunda tenho estudo da bíblia, terça tenho CAPS, faço trabalho manual, converso sobre minha semana, nos outros dias tomo mate com minha prima e cunhada"*.

Sobre o transtorno mental, Amarílis explica: *"tive depressão pós-parto quando minha filha nasceu, ela fez 19 anos e já vai fazer 20 anos em novembro. Eu pensava que criança era boneca, que não chorava e foi indo, ela chorava, e chorava bastante, mas nunca judiei dela, sempre cuidei dela, sempre digo 'a mãe te ama', mando mensagem pelo celular dizendo que amo. Ela é adolescente,*

---

4 Amarílis significa orgulho, altivez, elegância e graça.

meio difícil, mas vai passar. Ela trabalha, dirige, mas não tem carro, mora aqui com a gente, está estudando". Odin diz: "o plano era ter dois filhos, mas frente a situação [doença psiquiátrica da esposa] não deu". Continua Amarílis "mas eu também tenho prótese no quadril então não deu (para ter outro filho), não posso engordar (...) mas a gente é bem feliz".

Amarílis desencadeou o transtorno mental no pós-parto no ano 2000. Naquele momento o município não contava com serviço CAPS II, assim a usuária foi acolhida na rede básica municipal de saúde onde iniciou seu tratamento, sendo encaminhada para médico psiquiatra de referência e acompanhada pela equipe da UBS. No ano de 2009 foi encaminhada pela equipe da UBS para o serviço de atendimento psicossocial especializado, onde atualmente participa de grupo terapêutico, grupo de socialização, grupo de atividades manuais, além dos atendimentos individuais com profissional médico de família e comunidade, médico psiquiatra e enfermeira.

2) Jasmim[5]

Jasmim, 39 anos, frequenta o CAPS II desde abril de 2008, participa de diversos grupos terapêuticos no serviço de saúde mental, tem diagnóstico de esquizofrenia. Mora com pai, irmão, cunhada e sobrinhos.

Jasmim começa sua iconografia relatando que, aos quatro anos, já era bastante agressiva; aos sete anos de idade, foi para escola levando uma faca e que, desde aquele momento, a doença mental apareceu. Atlas[6] disse: *"isso [doença mental] começou no tempo do colégio, começou quando ela levou uma faca no colégio e desde aquela vez começou, não era muita coisa, mas mais tarde piorou".* E complementa: *"aos sete anos ela era muito agressiva, mas só foi diagnosticada com a doença aos treze anos e aos dezenove anos o Doutor começou a tratar".*

Jasmim relata: *"da infância lembro que tinha amigos e amigas na escola, mas que eu rodava demais (repetia o ano escolar), eu gostava da merenda" [...]. Lembro que quase matei uma tocaia, eu pulei nas costas dela, era minha vizinha, caímos no chão, nos machucamos.... eu era bem agressiva" [...] Eu acho que comecei a ficar braba aos sete anos, mas só fui me tratar aos dezenove anos".*

5 Jasmim significa sorte, doçura e alegria.

6 Atlas significa "grande montanha" ou "aquele que suporta".

"Da minha adolescência eu lembro da internação, eu tinha vinte anos" – conta Jasmim. *"Eu tive que ir para o hospital porque tentaram me matar porque eu tinha quatro poderes, eu tinha muita força, eu pegava a faca e ninguém conseguia tirar. Tentei me matar, me enforcar e passar a faca no pescoço"*. A literatura aponta o suicídio como fator importante na esquizofrenia, e as alucinações como fatores, na maioria das vezes, desencadeadores das tentativas. Jasmin continua: *"eu fui para o hospital, mas continuei com esses quatro poderes, primeiro fui para Pelotas, depois para Caxias do Sul, depois para Pelotas de novo e para Caxias do Sul de novo. Lá era bom até, mas tinha o choque. O choque tinha uma seringona, mas não acharam minha veia e colocaram no pescoço e daí colocavam um pano na boca para não morder a língua e ligavam o choque, e pulava assim bem alto"* e repete *"pulava bem alto do choque" [...] "e depois tomava batida de banana para passar o excesso dessa coisa"* [descarga elétrica]. Jasmim para seu relato por um momento e fica olhando para a estrada que passa em frente a sua residência onde a entrevista está sendo realizada, talvez tenha pensado nos momentos vividos há quase duas décadas atrás, mas que ainda estão vivos em sua memória.

Atlas conta: *"Tomou três vezes choque e da última vez ligaram porque era perigoso e disseram que se acontecesse alguma coisa eles não seriam responsáveis, que a família que tomava a decisão. Aí eu falei 'se tem que fazer. Tem que fazer' e fizeram de novo"*. Ele diz: *"eu lembro que os primeiros choques foram tranquilos, mas depois os médicos estavam com medo de fazer. Em cada internação ela tomava choque e depois ela esquecia tudo e vinha para casa sem lembrar de muita coisa e com o passar do tempo ia voltando as lembranças"*.

Os familiares narram que a adolescência de Jasmim foi bem complicada, pois ela foi internada diversas vezes em hospitais e clínicas e não acertavam a medicação, na época tomava quinze tipos de remédios. Contam também que sofriam porque cada internação era de três meses e nos primeiros trinta dias não podiam vê-la. Atlas diz: "a internação é ruim, ela ficava presa lá e sofria, mas agora que está controlada pode conviver com todos". Ele continua: "Na adolescência ela ficava muito agressiva e queria bater em todo mundo, no pai, na mãe, nos vizinhos, era complicado lidar com essa doença. Eu me estressava bastante, ela tirava a roupa e saía correndo pelada, nós tínhamos que ir atrás dela, era ruim".

Jasmim foi diagnosticada com transtorno mental em 1992, mas o tratamento foi iniciado apenas em 1998, ano em que iniciaram as internações psiquiátricas e o uso de medicação psicotrópica como únicas formas de tratar o sofrimento

psíquico. A usuária frequenta o CAPS II desde 2008, ano da fundação do serviço no município. Atualmente está inserida em grupo terapêutico, grupo de atividade física, grupo de trabalhos manuais, grupo GAM de adesão ao tratamento medicamentoso, grupo de jardinagem, além de atendimentos com médico psiquiatra e médico de família e comunidade do CAPS II.

3) Orquídea[7]

Orquídea, 39 anos, frequenta CAPS II desde 2011, tem atendimentos individual e em grupo, tem diagnóstico de Transtorno Bipolar. É casada e tem um filho.

Quando solicitada a falar sobre sua infância e mostrar fotografias, revela que não tem fotos dessa época, que deve ter duas ou três apenas, e diz: *"desde criança eu tive problema em casa, meu irmão mais velho me batia muito, todos os dias, escondido do pai. A gente era 'criado' pela avó, que tinha problemas também, meus pais brigavam, mas acho que tentavam nos preservar um pouco"*.

Sobre a adolescência, narra que também não foi tranquila, pois *"Aos quinze anos eu não aguentei mais a situação, eu saí de casa, eu fugi, porque vivi dos treze aos quinze anos em casa de parentes, posava na casa de um e na casa de outro, muito triste. Aos dezesseis anos fui embora para Porto Alegre, me juntei com um cara mais velho que tinha vinte e seis anos, montei uma empresa lá. Não me arrependi de ter ido para lá, apesar de todo mundo me julgar que eu era promíscua. Foi o único jeito que achei de sair daquelas brigas e conflitos diários que eu não aguentava mais, fiquei lá três anos. Montei uma empresa que está de pé até hoje, mas comecei a brigar com a esposa do meu sócio, pois eu era muito ciumenta com meu marido e morávamos todos juntos num apartamento, eu comecei a ter crises de desmaio, eu não sabia o que era. Achavam que era 'piti' até que voltei para Santa Rosa"*.

Orquídea conta que, após voltar para a terra natal, fez sociedade para montagem de um salão de cabeleireiro, que estava fazendo cursos quando sua sócia desistiu do negócio. Relata que estava se dedicando muito a esse novo projeto profissional e que foi pega de surpresa pela sócia, que não esperava tal atitude em virtude de ter ajudado muito essa pessoa, inclusive com alimentos e dinheiro, e

7 Orquídea significa beleza feminina, amor e desejo.

que não merecia ter tal retribuição, o que gerou imenso sofrimento a ela. É característico do episódio maníaco a pessoa se envolver em vários projetos novos ao mesmo tempo. Os projetos costumam ser iniciados com pouco conhecimento do tópico, sendo que nada parece estar fora do alcance do indivíduo. Ela relata: *"foi mais um 'baque', eu chorei muito, entrei em desespero, vim caminhando do centro até a cruzeiro e pedi para meu irmão me levar na casa do pai porque senão eu ia fazer uma bobagem. [...] "caí no fundo do poço de novo. Aí conheci meu primeiro marido, que casei oficialmente no papel. Ele me disse que os vizinhos comentavam que eu usava drogas pelo meu jeito de falar, rir etc., foi então que decidi procurar a Doutora e comecei a fazer meu tratamento. Me tratei com a Doutora por dois anos, fui trabalhar em Três de Maio no hospital, mas não dei conta de trabalhar e estudar e pedi para sair do trabalho".*

Indivíduos com transtorno bipolar são eufóricos, mas também podem ser irritáveis, ter baixa tolerância à frustração, despertando sentimentos de raiva e hostilidade. Eles também podem ser emocionalmente instáveis, o que facilita a chegada à fase depressiva, e tais características são encontradas em Orquídea e no seu modo de se relacionar com as pessoas. Ela apresenta episódios mistos em que os estados depressivos e maníacos ocorrem com rápida alternância ou concomitantemente.

Orquídea explana que sua vida adulta teve muitas oscilações. Seu esposo quis morar em Santa Catarina, e ela conta: *"Eu fui embora com ele. Lá em Santa Catarina achei que estaria longe das brigas e conflitos com minha família, mas acabei apanhando muito da vida. Ele fez duas pós-graduações e quando foi a minha vez de estudar eu tive que me virar sozinha, ele não me ajudou em nada. Arranjei um estágio e estudava técnico em enfermagem. Minha mãe ajudava e eu deixava o dinheiro no banco. Concluí o curso, não consegui colocação na área da Enfermagem e fui trabalhar de vendedora no shopping, até que um dia um médico veio me chamar para trabalhar no hospital com ele".*

Orquídea continua seu relato: *"Eu fazia de tudo lá (no hospital), eu bancava toda a casa, meu marido investia o dinheiro dele em fundos de renda. Até que um dia ele me bateu, me jogou contra um pilar. Eu sempre fui agressiva com palavras, mas naquele dia em que ele fez isso [agressão física] saí de casa. Ele me mandava mensagens, me ameaçava, até que voltei para casa e retomamos o casamento com a condição dele comprar um apartamento melhor para a gente. Fiquei seis meses sem trabalhar, ele trazia um pastor para me encher os 'canecos',*

eu me sentia muito mal. Um tempo depois nos separamos. Nessa época eu tratava minha depressão, acabei brigando dentro do hospital, me peguei no tapa com uma outra funcionária. Acabei saindo do emprego".

É percebido em sujeitos com transtorno bipolar a presença de delírios de grandeza. Tais delírios sempre envolvem poder, riqueza e habilidades, o que aparece na fala de Orquídea referente a todos os locais de trabalho, atividades desempenhadas e habilidades inerentes. Os sujeitos com transtorno bipolar apresentam autoestima inflada, variando de autoconfiança sem críticas à grandiosidade acentuada, podendo chegar a proporções delirantes. E, apesar da falta de qualquer experiência ou talento particular, o indivíduo pode dar início a tarefas complexas, o que se observou em Orquídea.

Orquídea declara que sempre foi agressiva nas palavras, mas que é uma pessoa justa. Relatou ter feito curso de técnico em enfermagem, ter iniciado curso de fisioterapia e massoterapia, mas abandonado. Agora retomou o curso de massoterapia: *"estou fazendo curso de massoterapia de novo pela reabilitação (do INSS), as músicas e o ambiente me tranquilizam e isso ajuda na minha melhora"*.

Segue seu relato: *"Depois [da separação] tive um relacionamento com o pai do meu filho, engravidei, tive um parto de alto risco, imagina diabética e bipolar"* [olha as fotografias do menino bebê e da gestação]. *"Meu marido era alcoólatra, gastou todo meu dinheiro, estourou meu limite do cartão de crédito, estou pedindo pensão alimentícia desde outubro de 2013 e não ganhei"*. Ela para de falar por um momento e continua: *"como você pode ver, tive sempre uma vida tumultuada, sem respeito, e agora eu não quero falar coisas da minha vida para ele (aponta para onde está o atual companheiro), acho que é uma criancice ele querer saber de tudo" [...] "sempre fui responsável, sempre tive cargos de responsabilidade, mas cada vez que acontece esses tumultos piora muito minha depressão"*.

E afirma: *"Eu sempre me dediquei muito à minha vida afetiva, mais do que a vida profissional, esse foi meu erro. Eu sempre fui muito correta nas coisas, o que é meu é meu, o que é teu é teu"* [...] *"tive cinco relacionamentos sérios, como se fossem casamentos, porque a carência afetiva que eu tive dentro de casa, de afeto e de respeito, eu fui procurar em qualquer lugar"*.

Ela relata sobre o uso de medicamentos: *"Eu tive duas overdoses com medicação, com carbamazepina e amitriptilina, porque sempre foi bem puxado, meus relacionamentos sempre foram difíceis, queria morrer, fiquei 12 dias internada em Joinville, tive turbulências enormes. Descobri traições do meu marido. Tive*

outro relacionamento com um cara que me lesou financeiramente, foi então que vim para Santa Rosa e pedi ajuda para a psicóloga. Ela me internou e no hospital a médica disse para os meus pais que o que faltava para mim era assessoramento deles". Estudos apontam para o elevado índice de tentativas de suicídio, bem como a alta incidência de suicídios em sujeitos com transtorno afetivo bipolar (DSM-V, 2014).

As fotografias que mostra são dos momentos marcantes, segundo Orquídea, como no casamento, após a primeira separação conjugal, na gravidez, na formatura. A usuária fez, em cada um destes momentos, um "book fotográfico". Mostrou as fotografias durante a entrevista e, partindo delas, conversamos sobre sua vida.

Orquídea teve diagnóstico de transtorno mental no ano de 1998, sendo tratada com medicamento psicotrópico naquele momento por médicos da rede municipal de saúde. No ano de 2011, foi encaminhada pela equipe da UBS para o CAPS II, onde tem atendimento individual com médico psiquiatra e equipe multiprofissional, além de participar do grupo de mulheres, do grupo de TAB (transtorno afetivo bipolar) e do grupo com familiares.

4) Tulipa[8]

Tulipa tem 50 anos, é casada e tem quatro filhos. Frequenta o CAPS desde 2008, onde recebe atendimento individual e participa de grupos terapêuticos. Tem diagnóstico de Transtorno Depressivo com características psicóticas.

A entrevista iniciou com Tulipa mostrando fotografias da infância, adolescência e momento atual de sua vida como um modo de rever lembranças de momentos importantes. Ela diz: "*não gosto de fotos, nem de tirar fotos*" *e continua "não lembro de nada nada da minha infância". E acrescenta: "não lembro dos meus filhos quando eram pequenos, eu tenho quatro filhos. O A. mora em Blumenau e eu não lembro dele pequeno, não lembro de nenhum pequeno, da V., do A., só lembro de alguns fatos que aconteceram*".

Tulipa vai até seu quarto e pega algumas caixas onde guarda fotografias e álbuns e retorna dizendo: "*Lembro muito da minha mãe de quando fui ganhar a mais nova [filha], foi uma gravidez difícil, eu tive toxoplasmose, me diziam que*

8 Tulipa significa amor, prosperidade e esperança.

ela ia nascer aleijada, cheia de problemas, eu internava bastante, mas lembro que na gravidez eu queria ela, até certo ponto eu consegui ter uma relação de mãe e filha, sabe ela não queria mamar no peito e eu insistia, eu fazia ela dormir para dar mama, ela não mamava acordada, e foi foi foi e um dia ela chorou chorou e eu estava sozinha em casa, eu não sabia o que fazer, ela chorava muito, eu tentava acalmar e ela chorava chorava chorava, foi aí que atei ela, amordacei e você sabe, tentei matar ela". Silencia por alguns instantes e completa: "*isso é horrível, fui horrível*". Por vezes, o sentimento de desvalia ou culpa pode assumir proporções delirantes. A autorrecriminação por estar doente e por não conseguir cumprir com as responsabilidades profissionais ou interpessoais em consequência da depressão é muito comum em pacientes depressivos.

Continua olhando fotografias e falando quem aparece em cada imagem e relata: "*Eu já tinha essas ideias de suicídio desde meus doze anos de idade, de tentar algo contra mim. Tentei várias vezes, cortei os pulsos, tentei me pendurar numa corda, muitas coisas. Meu pai, ele me abusou, meus filhos não sabem disso, para meu marido contei por cima, eu consegui contar para ele, mas não entrei em detalhes*". Segundo as literaturas consultadas, o desejo de morrer pode ser recorrente no transtorno depressivo, sendo potencializado por experiências adversas na infância, que aumenta o risco para a tentativa e culmina no suicídio do usuário.

Na sequência, conta: "*No CAPS eu tive vários problemas também, aconteceram várias coisas. Eu achava corda tentava me enforcar, tentava uma coisa e outra e foi indo*", relata Tulipa. As pessoas mais gravemente suicidas podem adquirir os materiais necessários (por exemplo, corda ou arma de fogo) e podem ter estabelecido um local e momento para consumarem o suicídio. Esse desejo pode estar atrelado à vontade de colocar fim a um sofrimento intenso para si ou para aqueles que ama, como é o caso de Tulipa.

Quando Tulipa mostra as poucas fotografias de quando era adolescente, antes de se casar, ela diz: "*ali eu gostava de tirar fotos, eu acho, nem sei*". Seu rosto torna a ser fechado e sem expressão de emoção. Quando mostra fotografias de cerca de seus treze e quatorze anos, relata: "*nessa época eu sofria demais*". E logo troca de assunto. Passa a falar sobre o esposo: "*Ele foi meu primeiro namorado, eu tinha dezessete anos e ele dezoito, agora vai fazer trinta e três anos que estamos juntos. Ele é meu companheiro que não tem explicação, ele me cuida de um jeito, ele me leva, me busca, ele lava roupa, limpa a casa, é um companheiro*".

Muda de assunto novamente, voltando a falar das fotos: *"Eu não tiro foto, só tirei essas [quadros que estão na sala da casa] porque era de família"* [*fotografias dela com esposo e filhos*]. *"Tenho muitas fotos da minha filha mais nova, fotos com bonecas, ursinhos de pelúcia, eu fazia meu marido me levar e comprar bonecas para ela, mas eu não tenho fotos com ela, para não dizer que não tenho devo ter uma ou duas"*. Esse fato chama a atenção, pois, segundo Tulipa, o relacionamento dela com a filha mais nova não é bom; houve vários momentos em que atentou contra a vida da filha, relatos de que não consegue ficar sozinha com a jovem. Mesmo assim, diz: *"Tenho muita foto da pequena"* [filha mais nova].

Tulipa tem caixas de sapato cheias de fotografias dos filhos e de familiares, entretanto não foi encontrada quantidade significativa de fotografias suas com seus filhos e esposo, tampouco com seus familiares, como mãe, pai, irmãos, tios, primos etc.

Mostra fotografias do dia em que saiu da clínica psiquiátrica em Caxias do Sul/RS. Estava na frente da clínica. Ela revela que essas fotografias foram tiradas pelo esposo quando foi buscá-la, mas que não lembra direito desse dia. E avalia: *"Antes de acontecer o que aconteceu comigo e com a N. [filha mais nova] eu era melhor"*.

Tulipa diz: *"pode ver eu não estou nas fotos [...] "nem nas fotos de aniversários eu estou"* referindo-se ao fato de que não aparece nem nas fotografias dos aniversários de seus filhos. Mostra muitas fotografias de reuniões de família, datas comemorativas, mas ela não aparece nas imagens; aparece apenas o esposo com os filhos e demais familiares.

Tulipa mostrou fotografias de quando saiu da UTI e diz: "eu não parava em pé [...] *"tive onze internações"*.

Sobre seu momento de vida atual, Tulipa avalia: *"Eu não tenho mais ninguém, só meu marido e meus filhos, são minha vida"*. Pega uma fotografia do esposo e fala *"Aqui é meu gato, eu não seria nada sem ele". E continua: "Gosto de ver fotos da minha mãe"*. Mostra a imagem da mãe numa fotografia e permanece calada por alguns instantes; logo continua: *"O relacionamento que eu não tenho com minhas irmãs, eu tenho com minha cunhada, mas agora ela está em Bento (cidade da Serra Gaúcha). A gente tem um vínculo bem forte, ela vem e me apoia, ela conversa"*.

Tulipa finaliza este momento da entrevista afirmando:

"Eu digo para mim mesma 'tenho que ser forte' mas de vez em quando vem aquelas coisas, ouço as vozes, vejo coisas, eu vi uma cobra saindo da boca do meu marido. Eu olhava para a porta e via escorrer sangue, aquilo borbulhava, era horrível. As vozes me falam coisas horríveis, mas sigo aqui tentando."

Tulipa foi diagnosticada com transtorno mental após o nascimento de sua filha mais nova, no ano 2000, entretanto relatou já ter sintomas depressivos desde sua adolescência. A usuária era atendida na rede básica de saúde por médico e psicóloga, sendo encaminhada para o CAPS II no ano de 2008, quando o serviço de atenção psicossocial foi instalado no município. Atualmente está em atendimento psicológico individual, além de consultas com médico psiquiatra de referência da rede de saúde, e participa de grupo terapêutico e grupo GAM de adesão ao tratamento medicamentoso. A família participa dos grupos com familiares e vai as consultas individuais da usuária com frequência.

Percebem-se nos relatos das usuárias, momentos de dificuldade emocional e social, histórias carregadas de tensionamentos familiares, obstáculos, abusos físicos e psicológicos, decepções e tristezas. Apesar disso, todas elas se permitiram falar sobre suas vidas com a pesquisadora, abriram seus lares e mostraram fotografias, desvelaram aquilo que há de mais precioso: suas memórias. E, dessa forma, forma cada uma delas parece estar reconstruindo a cada dia sua história.

CAPÍTULO 6

UM NOVO LUGAR PARA SER FELIZ?

Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz [...]
Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu
Sim, sou muito louco, não vou me curar
Já não sou o único que encontrou a paz[1]

Este tópico tem por finalidade apresentar como o sujeito com diagnóstico de transtorno mental está inserido em sua família e na comunidade, como está acontecendo sua (re)inserção social e o desenvolvimento de sua cidadania, objetivando apresentar este novo lugar do dito louco na sociedade.

1 Os Mutantes. Música "Balada do Louco", Álbum Mutantes e Seus Cometas no País do Baurets, Warner/Chappell Music Inc, 1972. Uma das canções mais marcantes da Rita Lee, composta em parceria com seu primeiro marido Arnaldo Batista, quando ambos faziam parte do grupo Os Mutantes. Balada do louco revela a questão da discriminação, sobretudo com portadores de transtornos mentais. Também pode ser vista como um grito de liberdade contra o preconceito e as definições e padrões que condenam as diferenças e julgam pessoas fora dos limites desses padrões estabelecidos por uma sociedade conservadora e intolerante.

6.1 O CUIDADO AO SUJEITO EM SOFRIMENTO MENTAL NA FAMÍLIA

Percebe-se que é necessário estabelecer e construir ou reconstruir vínculos familiares, incentivando e fortalecendo relações intra e extrafamiliares, sendo que os familiares têm papel importante na retomada da história de vida da pessoa com transtorno mental, ajudando o sujeito a recuperar o fio de sua existência. Nesse sentido, quando os familiares foram questionados sobre como se dá a convivência com o sujeito com transtorno mental as respostas foram variadas. Odin disse: *"Sempre digo para nossa filha não revidar e não se alterar, tentar ouvir, não ser explosiva, sempre antes escutar. Ninguém é perfeito"*. Depois de alguns instantes pensativo, ele continua: *"às vezes penso 'de novo essa conversa' e tentamos dizer 'deixa essa conversa para outra hora'. Por vezes é difícil. Tentamos manter a ordem, no bom sentido"*. E ressalta que gostaria que Amarílis pudesse aprimorar seu convívio com a família: *"ela podia falar mais devagar, não dar tantas ordens, falar melhor com os outros"*.

Hades[2] conta: *"A convivência é afetada por essas crises. O que me faz ficar com ela ainda é o menino, ele sofre, mas a gente tenta. Eu sei que ele vê em mim um pai, e eu tento ser um pai para ele. Como é um caso de bipolaridade, tem altos e baixos, mesmo com o tratamento e tomando os remédios. A convivência dela com as pessoas, pelo que me contam, é melhor agora. Os familiares já conhecem ela e não dão mais bola para algumas coisas, mas eles sofrem muito com a situação"*.

Os familiares de Jasmim relatam sobre a convivência familiar: *"agora é boa, se continuar assim está ótimo"*. Atlas diz: *"antigamente ela só dormia, ela só queria dormir dormir dormir, agora não, ela sai para passear, melhorou bastante a confiança nela mesma, vai e volta dos lugares. Antigamente era difícil de viver com ela, agora está tudo bem. Ela adora ir para a cidade, conhece tudo por lá, vai de ônibus às vezes, mas às vezes levamos ela quando tem que ir em lojas, por exemplo"*.

Eros relata: *"Hoje está bem mais tranquilo* (convivência de Tulipa com a família). *Ela era muito nervosa, agora está mais calma"*. E continua: *"Ela não saia para lugar nenhum, agora, às vezes, a gente sai. Ela não saia, não conversava com ninguém. Agora ela vai no CAPS, faz um monte de coisas (artesanato), faz*

---

2 Significa "invisível", tem origem no grego Haides.

latas decoradas, biscuit". Completa afirmando: "*Todos os filhos estão bem cientes do problema da mãe deles*".

O que Jorge, Carvalho e Silva (2014) argumentam que a convivência familiar, pela sua frequência cotidiana, pode revelar elementos fundamentais para detectar mudanças significativas no comportamento, e que poderiam estar na base da desestabilização, ou ajudar nos casos em que há dificuldades de adesão ao tratamento, o que é percebido no relato dos familiares. Conforme Eros, "*Antes nem no grupo ia bem, no início eu até pensei em tirar ela do grupo, porque cada vez que ela ia, acho que se incomodava e me ligavam de lá que eu tinha que ir buscá-la e levava direto para o hospital. Eu ia e às vezes a ambulância já estava lá, acho que é da própria doença, ela se incomodava com alguém, ou se não davam a atenção só para ela, ela ficava braba e tinha crises, mas com o tempo foi entendendo que não é só ela*".

Eros relata que, após muitas conversas entre familiares e serviço de saúde, "*Ela foi entendendo que para a melhora dela, ela tem que conviver com as pessoas, os profissionais lá (CAPS) não podem dar atenção só para ela*".

Atlas refere a questão do medicamento: "*Ainda controlamos os remédios dela, porque se deixar por conta dela, ela não toma [...] são sete remédios agora, mas no início eram quinze (tipos de medicação)*".

É importante que as famílias estejam cientes que o sujeito com transtorno mental tem perda de sua energia, pois a diminuição do ritmo de vida, é muitas vezes visto pela família como preguiça. Jorge, Carvalho e Silva (2014) consideram que essa compreensão errônea pode gerar cobranças ou estimulação excessiva, o que pode dificultar ainda mais o processo terapêutico do sujeito. Nesse sentido, Hades diz: "*No começo do nosso relacionamento eu via que ela começava uma tarefa e não terminava, mas ultimamente tem melhorado, tem conseguido terminar. Infelizmente a maioria das vezes ela desiste, tanto é que começou vários cursos. Ela é uma pessoa muito estudada, mas ela fez cursos e não termina ou não trabalha com o que estudou. O meu desejo é que ela siga, que ela faça o curso de massoterapia e trabalhe, mas pela experiência que os familiares contam não sei se vai longe esse curso também. Daqui a pouco ela se interessa por outra coisa e vai mudar, assim ela é. Ela é ativa, mas nunca posso esperar uma coisa concreta, isso eu não espero, algo objetivo*".

Eros fala no mesmo sentido que Hades: "*melhorou a convivência da gente, mas se alimenta mal, não tem interesse pelas coisas, mas faz o que consegue, no*

artesanato e nas atividades da casa. A grande dificuldade é quando tem que tomar decisões e não consegue fazer sozinha, precisa sempre de alguém". Por isso, deve-se orientar os familiares de que devem falar claramente e de forma simples, bem como ter um comportamento coerente ajuda o sujeito a se reorganizar e a vivenciar, com pequenas conquistas, a retomada de sua autonomia. Percebe-se isso na fala de Eros: "*Tem uns que os familiares não dão atenção, o familiar larga lá (no CAPS) e nem vai ver como está, se está evoluindo, se precisa de ajuda para alguma coisa. Eu não, toda vez vou lá*". Ele se refere ao fato de participar ativamente do tratamento da esposa, acompanhando nas consultas, participando dos grupos de familiares, e em demais atividades quando solicitado.

Muitos familiares se perguntam: por que comigo? Por que na minha família? Muitas vezes essas perguntas revelam que a doença mental é compreendida como um fenômeno associado a algum castigo ou punição, que serve para humilhar e envergonhar a todos, ideia muito presente em nossa sociedade, em tempos passados, que reforçavam a culpa dos familiares no adoecimento mental. Os familiares quando questionados dos sentimentos e atitudes frente ao adoecimento mental do membro de sua família, externaram impotência, fragilidade, culpa frente a existência do transtorno. Foram percebidas frustrações em relação às suas expectativas quanto ao desenvolvimento do ente que adoeceu, o que é explicitado nas falas.

Odin desabafa: "*No começo eu fiquei muito preocupado, pensei que a pessoa ia perder a noção da realidade, foi muito difícil, mas ela ter aceito ir na igreja e no CAPS foi muito bom, se não fosse assim não iríamos estar juntos [...] quando casamos acho que já tinha o sintoma, mas era menor e depois foi se agravando. [...] No começo ela pensava em se matar, mas agora passou*". E conclui: "*temos dias difíceis, mas quem não tem*".

Hades relata: "*Eu sofro muito com a bipolaridade dela. No começo, antes de conhecer um bipolar, qualquer pessoa pensa que isso é maluquice, que é manha, que uma 'tunda' de laço resolve, mas não. É muito complicado. No meu caso com a Orquídea é mais complicado ainda, pois eu me doo direto para ela e eu não posso ter nenhuma esperança de resposta boa para isso e essa situação dói muito. A última crise que ela teve foi muito complicado e ela não ouve ninguém*".

Ísis[3] conta: *"eu me estressava bastante, até achava que não ia conseguir ficar com uma pessoa assim, pois logo que nos casamos era bem difícil, ela tirava roupa e fugia [...]"*. Atlas diz: *"Mas agora que está medicada e faz tratamento vivemos bem. Ela é madrinha do meu filho menor, ele gosta dela e ela cuida bem dele"*. E ressaltam que atualmente a relação dela com eles (família) e com a comunidade é muito tranquila, diferentemente do passado onde sentiam vergonha e medo das reações agressivas de Jasmim.

Eros conta sobre seu sentimento frente ao adoecimento mental da esposa: *"A gente vai aprendendo a conviver com isso, tanto tempo já [chora] tivemos momentos bem complicados, agora a gente está mais aliviado, no começo foi difícil"*. Após chorar por um curto espaço de tempo, continua: *"Se não fosse o tratamento agora ela estaria internada numa clínica. Ela teve dois meses em Caxias do Sul (no RS) internada"*. Seca as lágrimas e olha carinhosamente para Tulipa que também tem os olhos marejados.

"A gente ficava sem saber notícias, porque ela fica sozinha lá (hospital psiquiátrico) e era longe e só podia ligar uma vez e fora isso eles não davam informação nenhuma. Eu não sabia se estava bem, como é que estava lá" – diz Eros chorando. E conta: *"Uma vez que deram o choque nela ficou mal lá e a gente não sabia de nada aqui. Ligava para falar com ela e eles não deixavam. [...] Ela ficou bastante tempo lá. Teve também umas quatro ou cinco internações no hospital D.B. e em outros hospitais também, várias vezes"*. Ele relata isso com a voz engasgada e diz que sente tristeza por tudo isso que aconteceu na vida deles.

Atlas conta sobre a internação em hospital psiquiátrico: "*As internações eram ruins porque não podíamos ver ela, ficava três meses lá e só podíamos ver ela depois de um mês de internação, também não tínhamos muitas condições financeiras para irmos muito em Pelotas ou Caxias*". Todos os familiares que relataram sobre as internações psiquiátricas de seu membro com transtorno mental falam do sofrimento nos períodos de internação em instituição psiquiátrica, pois se sentem impotentes frente ao distanciamento, isolamento do ente querido e falta de informações sobre seu estado de saúde. Para Borba *et al.* (2011), quando a família toma a atitude de buscar auxílio nos serviços de saúde e solicita por vezes a internação do integrante com transtorno mental, é porque normalmente não

3 Significa "dona do trono", "deusa da fertilidade e do amor maternal".

consegue mais sustentar a situação, não sabe como agir frente a determinados comportamentos acompanhados ou não de delírios e alucinações.

Esses dados de reinternação psiquiátrica vão ao encontro do resultado de uma pesquisa realizada por Amaral (1997, *apud* BORBA, 2010), a qual mostrou que 32% dos pacientes psicóticos necessitaram de reinternação em um período de quatro meses após a alta. Hipótese de que esta dificuldade em permanecer no convívio social possa estar relacionada a não adesão ao tratamento por parte do sujeito com transtorno mental, ou ainda à falta de suporte à família, à exclusão social pela estigmatização da loucura e à ausência de uma rede de serviços que deem conta do atendimento e intervenção nos momentos de crise. Tais situações contribuem decisivamente para a necessidade de recorrer ao internamento em instituição psiquiátrica para o tratamento. Situação que se reforça quando os familiares não recebem informações suficientes quando o sujeito com transtorno mental recebe alta do hospital psiquiátrico. Além disso, ele não tem acompanhamento específico na comunidade, dessa forma recaindo e necessitando de nova institucionalização.

Borba (2010) explica que o fenômeno da porta giratória na área da saúde mental evidencia o fracasso do modelo de saúde predominantemente biomédico, sustentado na relação objeto-cura e sem resolutividade, pois tal modelo considera apenas os aspectos biológicos e não a complexidade das relações, da subjetividade, do ambiente e do social sobre a saúde das pessoas. Dessa forma, a cronicidade prepondera nos serviços de saúde fechados, o que gera uma relação de dependência entre o indivíduo e o serviço de saúde que fragiliza a autonomia e a capacidade de reinserção social do sujeito após o período em que ele ficou sob a custódia da instituição psiquiátrica.

Tem-se conhecimento que o diagnóstico de transtorno mental acontece de forma inesperada, abala as expectativas em relação ao futuro do indivíduo que adoeceu, uma vez que o desenvolvimento antes saudável, agora parece não fazer sentido não ser o normal. Além disso, é preciso considerar que o transtorno mental não repercute somente na vida do indivíduo enfermo, mas reflete na vivência de toda família e grupo de pares e comunidade, cada um dos seus integrantes a interpreta e mobiliza sentimentos de forma única. A doença mental consiste em evento adverso e inesperado que desorganiza a maneira de ser da família, exige nova organização e adaptação à nova situação. Diante disso, foi perguntado aos familiares entrevistados como a família vivencia o tratamento do transtorno

mental em seu ente. Obtiveram-se os seguintes relatos: *"Às vezes ele fala que vai me internar"* – fala rapidamente Amarílis quando feita a pergunta. Odin rebate:

> *quando eu tomo uns golinhos a mais [de bebida de álcool] eu até digo mesmo" [ri]. [...] o CAPS faz bem, tinha que ser duas vezes por semana. É tranquilo a questão do CAPS, de usar medicação, se distrai, ajuda. Ela tem problema com limpeza, não pode ter um farelinho, mania de perfeição, tem ansiedade, isso às vezes incomoda. Mas aprendemos a conviver com ela, já sabemos como lidar e o tratamento é necessário para que possamos continuar vivendo bem.*
>
> ***
>
> *Acho que o tratamento é muito bom para ela, para mim é muito tranquilo, se é para o bem dela está tudo bem para mim (Hades).*
>
> ***
>
> *A gente acompanha o tratamento direto, vou no CAPS, nas consultas, estou sempre junto. Não é fácil, mas já foi pior. Agora estamos bem. No início era complicado, com o tempo a gente vai se aperfeiçoando com o jeito de lidar, quando dá as crises como temos que reagir. No princípio tinha que levar direto no hospital, ia para internação, teve onze vezes, a gente ficava chocado. Agora a gente sabe o tempo que dura as crises, se tem que levar para o hospital, se dá para ficar em casa (Eros).*
>
> ***
>
> *Atualmente minha irmã está com medicação controlada e vive bem com todo mundo. Faz dez anos que vai no CAPS, além disso vai na igreja, nas vizinhas, visita amigas, vai nas lojas no centro da cidade. Para ir para o CAPS pega o ônibus e vai sozinha. Antigamente era bem complicado, foi internada diversas vezes, até que a medicação foi "arrumada". Hoje sabemos dos remédios que ela tem que tomar, do tratamento que precisa fazer. Agora entendemos a doença e ajudamos ela (Atlas).*

De acordo com Borba *et al.* (2011), há uma tendência em considerar a família como unidade efetiva de cuidados, e, por isso, espera-se que a família assuma o papel de cuidadora, que tenha como função assistir os seus membros, atender às suas necessidades e prover meios adequados de crescimento e desenvolvimento. Porém, sabe-se que antes da família conseguir exercer esse papel, ela precisa encontrar estratégias para enfrentar as situações adversas e, muitas vezes, precisa primeiro se conhecer, trabalhar com os seus anseios, para, posteriormente, cuidar

do outro. E, nesse momento, percebe-se a importância do vínculo entre serviço de saúde e família, para que esta entenda o adoecimento mental de seu familiar e possa desempenhar um papel de promotora de saúde junto aos seus membros.

Os familiares investigados referiram que manter uma convivência harmoniosa é uma luta diária, um exercício de aceitação das diferenças e de tolerância, mas que atualmente a convivência está bem melhor do que era algum tempo atrás, quando o familiar com transtorno mental apresentava mais episódios de crise e não estava em tratamento junto ao serviço de saúde no município. Desse modo, entende-se que a família constitui espaço de acolhimento e apoio ao doente e, quando é capaz de enfrentar a situação da doença, mostra-se flexível as mudanças no seu funcionamento, aciona a rede de suporte social e as suas próprias reservas físicas e psíquicas na busca da estabilidade. Agindo dessa maneira, auxilia na reabilitação do familiar adoecido, colabora na adesão ao tratamento e propicia sua autonomia, ainda que perceptível na fala dos familiares o não citar a doença mental, como marca de uma estranheza e vergonha vivenciada ao longo de anos. Além disso, mantendo o familiar com transtorno mental apenas restrito ao tratamento no serviço de saúde mental e as atividades por ele propostas, sem planejar ou almejar outras possibilidades ao sujeito em sofrimento psíquico, como, por exemplo, uma atividade laboral, prática de atividades esportivas, atividades de lazer, relacionamentos amorosos etc.

O mundo vem sofrendo profundas transformações sociais, econômicas, culturais, éticas e, até mesmo, ao nível do comportamento humano, entretanto se continua no consenso de que a família é um espaço privilegiado para a prática de valores comunitários e o aprofundamento das relações afetivas, além do exercício das funções fundamentais como assistência, promoção de valores, educação, proteção de seus membros e de encontro de gerações. A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos seus membros, independente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando.

O cuidar da pessoa em sofrimento psíquico representa para a família um desafio, pois esta precisa trabalhar com os sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e com seus próprios preconceitos em relação à doença, o que implica em modificar a forma de ver o sujeito com transtorno mental. Perceber o ser humano como um ser de possibilidades, capacidades e potencialidades é perceber a pessoa muito além das limitações impostas por sua enfermidade. A agudização dos sintomas psiquiátricos é vista pelos familiares

como um momento muito difícil, no qual ficam desorientados, inseguros, fragilizados, com dificuldade de aceitação e sem subsídios para lidar com a complexidade do comportamento que é apresentado, marcado por imprevisibilidade, descuido com a higiene pessoal, agitação intensa e quadro de agressividade (BORBA, 2010).

Nota-se a necessidade de atividades relacionadas ao lazer, cultura, artesanato, atividade física, articulação com a rede de suporte social como igrejas, escolas, centros de convivência e clubes como parte do tratamento em saúde mental. Essa rede de cuidados, aliada à mudança no estilo de vida, à terapia farmacológica e ao acompanhamento em serviços de base comunitária, são imprescindíveis para o processo de ressocialização, reinserção social, resgate e construção de novos vínculos, bem como o favorecimento do exercício da cidadania e da autonomia.

No tratamento ao usuário com transtorno mental, é necessário pensar no cuidado com a família inserido no PTS e que se construa com a participação ativa dos envolvidos. A proximidade entre os profissionais da saúde e a família visa estreitar relações com o serviço de saúde, cria uma rede estável capaz de suportar a pessoa com transtorno mental nos momentos de crise e ruptura de laços, sendo necessário estimular que cada família encontre formas de estar juntos, cabendo às equipes de saúde motivar e incentivar esses atores para que se autorizem e se responsabilizem pelo cuidado no cotidiano, promovendo o convívio social e familiar ao sujeito em sofrimento mental.

6.2 CIDADANIA NA LOUCURA – UM NOVO LUGAR SOCIAL

Como pensar o “louco” como cidadão, se as práticas sociais de exclusão imperam, historicamente, na identidade dessas pessoas ditas “fora da razão”? A cidadania pensada como atributo dos iguais, dos normais, não daria espaço para que os loucos fossem cidadãos, pois são diferentes e, por isso, não são aceitos na sociedade, cabendo à família, então, cuidá-los e, até mesmo, escondê-los da sociedade para protegê-los.

Conforme a noção de cidadania como apanágio fundamental, os agentes engajados no movimento da reforma psiquiátrica criticam a instituição asilar e

o saber psiquiátrico clássico, além de condenar o manicômio por ser uma instituição violenta e segregadora que deveria ser alterado por serviços substitutivos de saúde mental com novos tipos de tratamento e manejo do sofrimento psíquico. A cidadania dos loucos foi negada desde a origem do alienismo, na medida em que a emergência do sujeito da razão exigiu a negatividade e exclusão da doença mental; o estatuto de doente mental tornou esse sujeito assistido e tutelado pelo Estado e, ao mesmo tempo, excluído de sua condição de cidadão pleno (MAGALDI, 2016).

Entre as questões realizadas, se perguntou: "você se considera cidadã?" Estas foram as respostas de Amarílis, que respondeu rapidamente, e de Orquídea:

> *acho que sim, né Odin!? Gosto de passear, ir nas lojas, na lotérica, conversar pelo WhatsApp com amigas, tenho duas amigas lá do CAPS. Vou na igreja, iremos para o Rio de Janeiro em novembro, ficarei cinco dias lá (Amarílis).*
>
> *eu me sinto muito cidadã porque já morei em muitos lugares, eu luto muito pela saúde do meu filho. Eu e o pai dele nos separamos porque eu tinha que manter tudo, e ele era tabagista e até isso eu que pagava. Com o dinheiro do encosto (licença saúde do INSS) não dava para pagar tudo. Eu ensinei meu filho a ser autônomo, mas meu marido não gosta disso (Orquídea).*

Entende-se cidadania como o conjunto de direitos e deveres exercidos por um indivíduo que vive em sociedade, que ocupa seus espaços nela. Essa expressão vem do latim *civitas*, que quer dizer cidade. Antigamente, cidadão era aquele que fazia parte da cidade, tendo direitos e deveres por nela habitar. Amarílis e Orquídea sentem-se pertencentes a esta cidade e nela habitam e transitam.

Jasmim, por sua vez, fica pensativa e diz:

> *Não sei... Eu vou na igreja, na minha amiga, vou olhar roupa nas lojas, mas não vou sozinha, meu irmão e minha cunhada me levam. Eu tomo sete tipos de remédio, o mano que me dá. Lá no CAPS vou no teatro e no grupo, gosto de ir lá, também vou no grupo de educação física.*

Olha fotos do CAPS e mostra outros usuários nomeando e contando pequenas histórias sobre eles; depois, conclui: "Eu vou sozinha no CAPS e na minha

amiga F., pego o ônibus e vou sozinha. Acho que ainda não ando muito sozinha por aí, talvez eu me perca se andar muito por aí. Pensando que a cidadania no transtorno mental é relativamente nova, pode-se inferir que Jasmim esteja ainda construindo sua cidadania, primeiramente se sentindo parte de grupos sociais e transitando por onde lhes é familiar. Essa construção é recente e deve ser feita conforme o sentimento de pertencimento do sujeito àquele local e grupo, e Jasmim vai se tornando cidadã novamente.

Tulipa, quando questionada sobre sentir-se cidadã, afirma:

> *Meu marido sempre está comigo, nada que eu vou fazer sozinha eu consigo. Se não está meu marido está minha filha mais nova. Eu nem saio sozinha, além dos meus problemas eu tenho convulsão também. Minha cabeça fica confusa quando eu saio, me perco, eu não gosto de sair de casa. Eu só gosto de ir no CAPS, também estou fazendo uns cursinhos no CRAS de pintura, patchwork, crochê, tricô, costura, mas eu não faço nada em casa, eu a recém estou aprendendo, mas também não gosto muito de fazer isso.*

A perda de interesse ou prazer quase sempre está presente em algum grau no transtorno depressivo, além do retraimento social e do isolamento de atividades até então prazerosas. Tulipa relata sua situação:

> *Vou há 10 anos no CAPS, minha chegada foi porque eu já estava em tratamento com o doutor e a psicóloga e me tratava a muitos anos pois, com o nascimento da minha filha pequena, essa de 18 anos, eu tentei matar ela. Hoje eu consigo falar do assunto, eu amordacei ela, coloquei as mãozinhas para trás e deixei ela em cima da cama e fui na cozinha pegar uma faca, e minha mãe chegou bem na hora. Isso foi se repetindo várias vezes, ela foi crescendo e continuando, aí o doutor e a psicóloga me internaram em Caxias do Sul, fiquei dois meses lá, tomei choque e fiquei dezoito dias em coma.*

Ela olha as fotografias e se emociona ao lembrar desses momentos, a voz embarga e o olhos ficam marejados, mas continua:

> *Hoje eu estou mais tranquila, mas quando chega uma pessoa estranha me dá um nó, é difícil para mim conviver com as pessoas. Até no cursinho*

é difícil, tem muita gente, mas tem umas conhecidas e isso me acalma um pouco.

Observa-se que Tulipa não consegue exercer sua cidadania e autonomia devido ao grau de comprometimento do transtorno mental, mesmo assim está inserida em serviços da rede pública municipal que lhe possibilitam o convívio e o seu desenvolvimento como ser humano.

Ao questionamento "como são suas relações com a família?", Orquídea se manifesta:

Hoje minha convivência com meu companheiro não é legal, ele está doente também, a gente briga bastante, está difícil, não sei se é pelo tabagismo dele, mas ele não aceita "não". Eu vejo que adoeço porque não posso falar, mas a casa é minha, o carro é meu. Minha mãe sempre foi uma pessoa extremamente organizada, a casa dela é um brinco, eu invejo ela, com um cheirinho de limpeza sempre e eu não consegui chegar a isso nunca, acho que pela questão psicológica. Uma coisa que não suporto é as pessoas chegarem e me dizerem "oh tu estás errada", porque a pessoa está acabada e você quer cobrar dela alguma coisa que não é possível, não tem ser humano que resista, não tem relacionamento que resista [refere que a família tem esse tipo de atitude]. Minha relação com minha família sempre foi um turbilhão, agora eles vêm para cima de mim. Minha mãe é adotada, entendo hoje ela, ela errou comigo, mas hoje entendo. Eu ajudo ela e ela me ajuda. Eu sempre quis ser mãe e é por ele [filho] que eu vivo, meu primeiro marido me escondeu por anos que era estéril e meu atual marido fez vasectomia.

Constata-se que a relação entre Orquídea e seus familiares é transpassada por enfrentamentos e conflitos, situações estas que a afastam e a aproximam deles continuamente, pois a cada afastamento, seja por casamento ou mudança de cidade, segue-se um momento conturbado em que Orquídea necessita da ajuda dos familiares e recorre a eles. Trata-se de novo momento de aproximação que dura certo tempo, até novos conflitos emergirem e ela se afastar novamente e recomeçar o ciclo.

Tulipa também relata sobre sua dificuldade de se relacionar com a família:

Eu tenho dificuldade de me relacionar com a minha filha (mais nova). A gente briga muito, discute muito, mas, mesmo assim, ela me apoia em

> *muita coisa, ela sabe lidar comigo. Minha filha mais velha também me ajuda muito, meu marido também. Eles são meus esteios sabe. Hoje a gente senta, toma chimarrão. Eu e essa minha filha pequena a gente tenta se aproximar, mas se tem que ficar sozinha com ela eu não gosto, tenho medo por nós duas. Tenho dois netos pequenos, um de oito anos e outro de um ano e nove meses, também me tiram do sério. Difícil porque eles moram atrás [no mesmo terreno na casa atrás de Tulipa], está sendo pesado, eu não gostaria que fosse assim, mas é.*

Amarílis responde à pergunta dizendo: "*Ixiiiiiii*". Sorri e completa: "*sou nervosa, braba, não entendo eles, não tenho paciência com minha filha, ela também não tem comigo*". Seu esposo complementa: "*por causa da ansiedade ela faz muitas perguntas e acaba que a nossa filha não quer responder e falar, mas ela [filha] é boa, não sai de noite, mas as vezes fica bem difícil entre as duas*".

Jasmim também conta sobre seu relacionamento com a família:

> *Agora que o remédio está bom a relação é boa, mas antes era difícil. Quando eu tinha sete anos comecei a ficar muito braba, eu ia para escola, tinha amigas e amigos. Só me tratei com dezenove anos. Minha vida é difícil, estou com uns problemas de saúde, tenho que fazer um regime, deu uns exames ruins. Não sei o que eu gostaria que melhorasse na minha vida, ah sei..., não queria ter essas doenças [físicas que deram alteração no exame de sangue], mas eu gosto de viver com minha família e meu sobrinho.*

Jasmim faz referência apenas à doença física, não refere sobre mudança de comportamento ou sofrimento em virtude do transtorno mental. O que se pode perceber na sua situação é que ela negligencia seu tratamento medicamentoso de saúde mental, não faz referência a possibilidade de melhoria dessa condição psiquiátrica, além disso mantém vínculos sociais pobres e escassos, conforme o DSM-V destaca.

Na fala de todas as entrevistadas, compreende-se que existem certos conflitos em suas relações com suas famílias e sabe-se que alguns conflitos são inevitáveis, mas muitos podem ser solucionados com um bom diálogo e respeito mútuo, que nos parece ser o que vem sendo construído nessas famílias. A comunicação exige uma escuta atenta, a livre expressão de sentimentos e a busca ativa de entendimento por parte de todos os membros. Não é fácil desenvolver a habilidade

de comunicação, mas se percebe que as famílias têm trabalhado para isso, produzindo recompensas imediatas e a longo prazo no tocante ao convívio familiar.

A forma de convívio tem um impacto muito grande na saúde física e mental dos membros da família, pois influencia na maneira como as pessoas lidam com as emoções, além de afetar as atitudes, a autoestima e a reação a situações estressantes. Os conflitos sem solução adequada devem ser substituídos pelo prazer do relacionamento afetivo saudável, gerando relações familiares e sociais mais seguras e potentes.

À questão "como são suas relações com a comunidade?", obtiveram-se respostas, basicamente, acerca de suas rotinas de tratamento junto ao serviço de referência em saúde mental do município e à convivência familiar. Amarílis relata dessa forma sua rotina de vida e inserção social:

> *Vou no CAPS na segunda-feira, na ginástica do posto (unidade básica de saúde do bairro), faço fisioterapia porque tenho artrose no joelho e prótese no quadril, vou na igreja, tomo mate [chimarrão], gosto de sair, é bom. Ah também faço trabalho [artesanato] no CAPS, faço pano de prato, trabalhos em E.V.A, não tenho paciência para fazer biscuit [ri], eu conheço a professora, mas não tenho paciência. Amanhã minha mãe e meu pai vão vir aqui para fazer bolacha. Você quer vir? O pai e o Odin fazem vinho. A mãe vai lá no CAPS quando ela pode, ela é ministra da igreja, então às vezes já tem compromisso e não pode ir comigo.*

Este é o relato de Jasmim a respeito das suas relações com a comunidade:

> *Me respeitam na igreja e no CAPS. Na educação física damos risada, é bom, caminhamos, jogamos bola [...] Eu tenho que fazer regime, gosto de viver com minha família, sou madrinha do meu sobrinho" [mostra fotografias do batizado do sobrinho]. Depois que comecei a me tratar me sinto melhor, antes eu não era legal, quando eu era pequenininha já não era legal. [...] sonho com cobras e com vestidos de casamento [...] antes eu era agressiva, agora não sou mais.*

Tulipa descreve suas relações com a comunidade:

> *Eu não tenho relação com vizinho, não tenho amigas, sou eu, minha filha e meu marido para tomar chimarrão. Ninguém vem aqui, eu não vou na*

casa de ninguém, prefiro assim. Eu não sou de sair. Tem semanas que só saio para ir no CAPS e agora no cursinho [no CRAS]. Eu só fico sentada do lado do meu marido. Quando eu estou bem eu consigo até brincar com meus netos, mas quando estou agitada e nervosa tudo me irrita. Nessa semana o pequeno [neto mais novo] estava doentinho e ficou aqui em casa, eu pegava ele e chacoalhava e ele chorava chorava, dá um nervoso, uma coisa [faz uma expressão de desgosto].

Orquídea também responde à pergunta:

Eu não me vejo como uma pessoa que não tem convivência social. Sempre estou conversando com as vizinhas. Eu tenho problema no posto [de saúde] porque dizem que sou barraqueira, mas é um descaso e não é só comigo. Mas na sociedade não tenho problemas. Meu tratamento no CAPS ajudou no meu relacionamento com as pessoas porque antes eu me isolava, meus sentimentos ainda não estão ok porque ainda estou na fase de ceder, ceder e ceder. Eu confio muito em mim e no meu potencial, mas eu não gosto das críticas destrutivas. Eu vivo por ele [aponta com o dedo para o filho que brinca na sala onde está sendo realizada a entrevista], pelo meu pai e pela minha mãe. Eu estouro em situações difíceis, ainda não consigo lidar com essas situações. Quando eu estou nervosa não como, não durmo e minha energia depende unicamente do meu sono. Eu gosto de fazer atividade física, mas não posso fazer por causa do meu marido que tem ciúmes, é um super controle da minha vida.

Considerando os relatos, fica evidente o forte vínculo existente com o serviço de saúde mental do município, a possibilidade de inserção social proporcionada através de cursos, grupos terapêuticos, grupos de convivência que permitem que estas usuárias se sintam pertencentes à comunidade. Ainda que estes vínculos sociais e comunitários possam ser ampliados, já é notável a melhoria e a evolução da participação dessas pessoas na comunidade e sua (re)inserção no convívio social.

Com base nas respostas das participantes, pensa-se no seu desenvolvimento humano. Desenvolvimento humano é um conceito baseado na ideia de liberdade dos seres humanos, para que eles tenham as oportunidades e capacidades de viverem com qualidade de vida e de acordo com os seus objetivos. Ao contrário do crescimento econômico, o desenvolvimento humano não está diretamente relacionado com a análise dos recursos financeiros, mas sim com a satisfação

das pessoas com o modo como vivem a vida. Para analisar o nível do desenvolvimento, deve-se observar todas as condições e oportunidades que os indivíduos possuem para conseguirem ter uma vida com dignidade e qualidade.

No âmbito da Psicologia, o desenvolvimento humano refere-se à formação da identidade do indivíduo, ou seja, o seu comportamento, os valores, capacidades etc. Nesse aspecto, o desenvolvimento humano leva em consideração vários fatores distintos, como características genéticas, padrões intelectuais, emocionais, os grupos de convívio em que está inserido, o desenvolvimento físico, entre outros. Dessa forma, pode-se dizer que as usuárias portadoras de transtorno mental entrevistadas ainda estão construindo seu desenvolvimento humano, estão tendo novamente as oportunidades de conviver em sociedade e atingirem uma qualidade de vida mais adequada com dignidade e respeito que merecem. Quanto à formação de sua identidade, atravessam ainda momentos de conflito interpessoal e intrafamiliar, que são determinantes para a construção de si mesmas e vão se transformando e se (re)construindo diariamente.

Para aumentar as possibilidades de os sujeitos com transtornos mentais severos levarem uma vida mais satisfatória, segundo a OMS, a eficácia da abordagem comunitária envolve três ingredientes fundamentais: farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação psicossocial. A reabilitação psicossocial implica a melhoria das competências individuais e a introdução de mudanças no entorno para se conseguir melhor qualidade de vida aos usuários com transtornos mentais, envolvendo ações não apenas relacionadas a sua sintomatologia, mas também as suas experiências, características culturais e circunstâncias de vida (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014).

Constata-se que a perda da autonomia para a realização das tarefas do dia a dia, a ausência de rede de apoio, a alta dependência de outras pessoas, a sobrecarga familiar, as dificuldades laborais e os problemas relacionados aos "rótulos" socioculturais da doença mental, geram ainda mais sofrimento aos pacientes e aos familiares. Desse modo, o processo de reabilitação psicossocial deve ser pensado para além da retomada das habilidades, deve levar em consideração as várias dimensões da vida dos sujeitos. Para tanto, é necessário que se pense em programas que promovam a inclusão dos usuários, sirvam de suporte social e sejam continentes efetivos para o convívio em sociedade. Não se trata de substituir habilidades perdidas por novas, mas de proporcionar espaços de interação contínua e constante, possibilitando o estabelecimento de novas relações e aumentando as oportunidades de inserção social.

É facilmente percebido que muito já se avançou nos cuidados de saúde mental das nossas entrevistadas, que já não são mais internadas em hospitais psiquiátricos e recebem tratamento de eletroconvulsoterapia; que atualmente os cuidados de farmacoterapia, psicoterapia, atendimento com médico psiquiatra e demais especialidades são realizados no município onde residem, junto aos seus familiares e cuidadores. Mas é necessário avançar mais. Percebe-se a falta de emancipação e autonomia na vida cotidiana das nossas entrevistadas; que é preciso empoderar os sujeitos em sofrimento mental através de um conjunto e estratégias de fortalecimento de poder e de autonomia, além de propiciar o cuidado em saúde mental em diferentes lugares como no meio familiar, social e laboral.

Deve-se questionar se há cidadania na loucura. Se a família é lugar humanizador para o sujeito com transtorno psíquico. As respostas são diversas e não são definitivas. Desse modo, acredita-se que abordar a temática da reforma psiquiátrica não significa referir-se ao passado, mas ao presente e futuro, considerando esse movimento político e social que continua incipientemente no país e que atinge diariamente a vida de milhares de pessoas. A pesquisa que constitui este livro olhou para o sujeito com transtorno mental que está posto na comunidade, próximo daqueles que lhe são queridos e inserido em seu contexto social que, conforme a Reforma Psiquiátrica, é um lugar mais humano e eficaz do que a exclusão e a segregação a que antes era submetido.

No que se refere à compreensão ampliada do sofrimento mental, partindo da realidade concreta de que o portador de transtorno mental e sua família estão inseridos em uma comunidade e utilizam dos serviços de saúde, ressalta-se a responsabilidade dos serviços substitutivos junto aos familiares e usuários, uma vez que são responsáveis por mediar os conflitos e se constituir espaço aberto para a participação da família. Entretanto, o que se pretende construir é um novo modo de olhar para o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos indivíduos e, consequentemente, se construir um novo lugar social para a diversidade, a diferença e o sofrimento mental, que Basaglia trazia como "utopia da realidade" e Sergio Arouca como "processo civilizatório".

Ao reinserir o sujeito com transtorno mental na sua comunidade e na sua família, percebe-se que as produções de cidadania e autonomia se multiplicam. Por vezes, encontram-se sujeitos ainda estigmatizados e presos aos seus diagnósticos de saúde mental, o que, de certa forma, ainda os mantêm amarrados nos

manicômios do inconsciente, mas que, ao longo do tempo, podem tais amarras serem deixadas no passado, apenas como aprendizado para um novo lugar ao sujeito.

A Reforma Psiquiátrica marcou o percurso histórico da construção e reconhecimento da cidadania dos sujeitos com transtorno mental e moldou um novo modelo assistencial rumo à família e a comunidade. A política pública de saúde mental de Santa Rosa/RS tem percorrido um caminho de construção de novas possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade para os usuários em sofrimento mental. O sujeito com transtorno mental até então excluído do mundo dos direitos e da cidadania, passa a se tornar um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. Dessa forma, o processo da Reforma Psiquiátrica é uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, receberem um cuidado verdadeiro. Trata-se de uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Indo ao encontro disso, foi percebido que as usuárias estão inseridas no seio familiar, na sua comunidade e estão inserindo-se, gradualmente, nas atividades da sociedade em que vivem. Portanto, está se construindo um novo lugar para esses sujeitos se reconhecerem como cidadãos e construírem suas subjetividades.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu vejo o futuro repetir o passado
Eu vejo um museu de grandes novidades
O tempo não para
Não para não, não para[1]

A assistência ao doente mental, por muitos anos, foi centrada nos hospitais psiquiátricos, locais da prática e do saber médico. O modelo de atenção constituía-se de internação e medicalização dos sintomas do transtorno mental, excluindo os sujeitos dos seus vínculos familiares e sociais.

No modelo vigente de política assistencial de saúde mental, preconiza-se a diminuição de leitos psiquiátricos em hospitais e fomenta-se a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental, deslocando o tratamento do transtorno mental do hospital psiquiátrico para a comunidade em que estão inseridos o sujeito, seus familiares, seus amigos e o serviço de saúde local.

No setor saúde, convive-se com situações conflitantes como a vida ser de valor supremo e a ênfase na valorização do corpo; a elevação da qualidade de vida de algumas pessoas que vivem de um "lado" em oposição a uma grande parte da população assolada por epidemias e sem acesso aos níveis básicos de

1 Música "O tempo não para". A letra da canção, da autoria de Cazuza e Arnaldo Brandão, faz um retrato do seu tempo. Fala das contradições da sociedade brasileira que, já livre da ditadura, permanecia moralista e conservadora.

saúde; a desqualificação do SUS versus o enaltecimento do setor privado, ainda que se saiba que é deste Sistema que partem os principais serviços e ofertas de saúde necessárias e básicas, como vacinas, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica etc.

O modelo psicossocial adotado após a Reforma Psiquiátrica propõe uma assistência baseada em serviços extra-hospitalares, de base comunitária, que oferece aos indivíduos o exercício da cidadania, autonomia e reinserção social trazendo o sujeito para o protagonismo de sua vida, juntamente com sua família e a sociedade, indo ao encontro do desenvolvimento desse indivíduo. Ao se identificar as políticas públicas de saúde mental do município de Santa Rosa/RS, verificou-se que o modelo psicossocial dado pela Reforma Psiquiátrica foi adotado em Santa Rosa. O estudo apurou que os serviços estão caminhando para a inserção dos sujeitos com transtorno mental na comunidade e na família. Entretanto, ao se analisar as políticas públicas de saúde mental de Santa Rosa/RS como promotoras de cidadania e (re)inserção social, percebe-se que, ao mesmo tempo em que se aprova a extinção gradual das instituições asilares e se busca a garantia de direitos sociais aos sujeitos com transtorno mental, não se vê políticas de financiamentos para implementação de novos modelos assistenciais que possam promover cidadania aos sujeitos em sofrimento mental. São escassos os programas e mecanismos de suporte social que favoreçam o convívio do sujeito com transtorno mental na sociedade. O conjunto de instrumentos disponíveis é insuficiente, beneficiando, basicamente, os indivíduos que possam acessá-los pagando por eles, como terapias inclusivas, grupos de convívio, lazer, espaços de cultura etc.

Para examinar as práticas de saúde mental do município, foram analisadas as políticas de atendimento ambulatorial às pessoas em sofrimento mental, como os CAPS, que visam proporcionar atenção na área da saúde mental aos sujeitos inseridos no seu contexto social de modo a estimular a socialização e o desenvolvimento de uma vida independente com exercício da cidadania do portador de transtorno mental. Entende-se que esses serviços ainda não alcançaram seus objetivos, pois na prática a política pública de saúde mental ainda fica restrita ao tratamento e a medicalização do sujeito em sofrimento mental. Deve-se ampliar as ações de promoção de saúde mental visando o desenvolvimento da cidadania e a busca de um lugar social, possibilitando reconhecimento e desenvolvimento da razão, da vontade e das oportunidades para aqueles sujeitos ditos "loucos".

Dessa forma, verifica-se a importância do serviço como fortalecedor da rede de atendimentos em saúde mental, bem como suporte para a comunidade e a família do indivíduo em sofrimento mental. Faz-se necessária a superação de desafios e estigmas ainda existentes nessa trajetória de mudança do modelo de cuidado prestado ao indivíduo com transtorno mental, deixando de olhar o sujeito apenas pelo diagnóstico que carrega e passando a percebê-lo como parte de um emaranhado de histórias que se retroalimentam e compõem sua subjetividade. É necessária a construção de políticas intersetoriais integradas que ampliem o acesso e a rede de oferta de serviços. A integralidade materializa-se à medida que o acolhimento, o vínculo e a responsabilização permitem a aproximação entre os atores envolvidos e eles dialogam e produzem novas possibilidades de vida, novas capacidades e novas habilidades.

Ao se investigar a família como lugar de tratamento humanizador para os sujeitos em sofrimento mental foi observado que o adoecimento causa vergonha, culpa e sentimento de impotência nos familiares ao lidarem com o transtorno mental. Além disso, o isolamento, principalmente quando da internação psiquiátrica, gerava sofrimento aos familiares frente a não saber manejar e o que esperar do tratamento psiquiátrico recebido pelo ente adoecido. Verificou-se que o diagnóstico de transtorno mental abala as expectativas em relação ao futuro do sujeito que adoeceu, repercutindo na vida de toda família, dos pares e comunidade, gerando interpretações e mobilizando sentimentos singulares em cada membro familiar. Os familiares investigados referiram que manter uma convivência harmoniosa é uma luta diária, um exercício de aceitação das diferenças e de tolerância, o que demonstra que a família é um espaço caro para o acolhimento e apoio ao adoecimento mental, auxiliando na reabilitação, na adesão e na oferta de autonomia e construção de subjetividade do sujeito em sofrimento psíquico.

Ao se verificar a percepção dos sujeitos com transtorno mental em relação ao seu entendimento sobre perceber-se cidadão, observou-se que alguns se percebem cidadãos e partícipes da sociedade, conseguindo realizar atividades do dia a dia e gerar novas possibilidades de inserção social; entretanto, alguns não conseguiram ainda alcançar nenhum grau de autonomia e cidadania efetiva. Também se verificou que as relações familiares, por vezes, estão permeadas por desavenças e conflitos, o que gera no ente adoecido insegurança e dificuldade na mudança de comportamento, gerando vínculos afetivos pobres e escassos. As usuárias do SUS, basicamente, atrelam sua inclusão na sociedade através do

tratamento ofertado pelo serviço de referência em saúde mental do município, ficando muito aquém do que se espera de inclusão e participação social desses sujeitos. Além disso, a perda da autonomia na realização das atividades do dia a dia implica pensar na reabilitação psicossocial. Mas isso deve envolver muito além da retomada das habilidades perdidas, levando em consideração as várias dimensões da vida do sujeito em sofrimento psíquico e possibilitando novos espaços de interação contínua e constante, além do estabelecimento de novas relações e oportunidades de inserção social e construção de subjetividade e autonomia.

Como se pode garantir cidadania ao louco na atual realidade? Como garantir seu direito de singularidade? Como promover autonomia aos sujeitos desprovidos da razão? Ao se verificar a percepção do sujeito com transtorno mental sobre o perceber-se cidadão e seu convívio na família e comunidade se compreende que é necessário mostrar ao sujeito em sofrimento mental e à sociedade, práticas emancipatórias através de intervenções terapêuticas de cuidado e promoção de cidadania. Esse sujeito deve ser visto como ator social, tornando possível sua inserção no mundo da razão, apresentando ao mundo o ser cidadão de direitos iguais, possibilitando sua participação na sociedade marcada pela discriminação e pelos rótulos sociais.

A cidadania do louco mostra uma oposição entre a liberdade, igualdade, autonomia e racionalidade entendidas na cidadania, e, de outro lado, o constrangimento, dependência, diferença e irracionalidade contidos na loucura. Assim, deve-se, nesse novo modo de construção de subjetividade e cidadania, possibilitar ao sujeito em sofrimento mental o seu desenvolvimento como sujeito singular e complexo.

Ao se discutir que novo lugar é este para ser feliz, deve-se pensar o "lugar" de pertencimento do sujeito com transtorno mental. Vislumbra-se que este lugar ainda está em construção, que se deve pensar neste território composto de histórias e singularidades, experiências e diversidades, no qual está inserido o indivíduo, e que afeta indireta e/ou diretamente a construção de cidadania e subjetividades. É atuando no território que se produz mudanças e se desmistifica a loucura, garantindo um lugar possível para o sujeito que sofre para o transtorno mental, sendo possível a coexistência da loucura e do louco nas cidades, produzindo sujeitos incluídos, singulares e de direitos. A cidadania dos sujeitos com transtorno mental deve contemplar mais do que direitos sociais, jurídicos e políticos; deve dar-lhes também o direito ao cuidado, de não ser excluído, violentado,

nem discriminado. Deve possibilitar-lhes receber ajuda em seu sofrimento, proporcionando efetivamente que seja um sujeito de desejos.

Indo ao encontro do cuidado ampliado, que deve ser ofertado na saúde mental, o lugar junto à comunidade e à família é caro para se obter um novo modo de produção de cidadania e singularidade. Um novo lugar de cuidado que está sendo reconstruído após o retorno do louco ao convívio social, que, infelizmente, por muitos anos, foi segregado e institucionalizado como única possibilidade de tratamento. O lugar que os sujeitos ocupam na sua família, na sua comunidade e no seu trabalho é importante para manifestação dos seus desejos e possibilidades; além disso, deve ser local que fomente seus potenciais e habilidades.

Ao findar a pesquisa, o MS publica a Nota Técnica Nº 11/2019 do Ministério da Saúde de esclarecimentos sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas. Documento este que norteará os cuidados em saúde mental e que traz mudanças na legislação atual, a tão conhecida Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que traz de volta atores que ainda hoje lutava-se para afastar da realidade e do imaginário dos sujeitos em sofrimento mental, como por exemplo, a eletroconvulsoterapia e o hospital psiquiátrico. A Nota Técnica aponta para uma nova RAPS formada por CAPS, Serviço de Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento, Enfermarias especializadas em Hospital Geral, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos. Aponta que todos os serviços são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. Considera também que nenhum serviço é substitutivo de outros, não fomentando o fechamento de unidade de qualquer natureza.

O documento do MS propõe que a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e Hospitais Psiquiátricos. Além disso, versa sobre a oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais enfatizando que o SUS disponibilizará o melhor aparato terapêutico à população, como a eletroconvulsoterapia, inclusive sendo incluído o aparelho na lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional da Saúde. O MS passa, desse modo, a financiar a aquisição do aparelho de ECT no Brasil.

A Nota Técnica aponta, ainda, que as Enfermarias em Hospital Geral devem ter uma ocupação exigida de 80% para repasse integral do incentivo de custeio,

estimulando a internação de usuários com transtorno mental em leitos psiquiátricos, não pela necessidade oriunda do transtorno mental, mas pela necessidade financeira de receber incentivo do governo para manter o serviço. Estes são alguns aspectos que a legislação alterou e que merece um olhar criterioso e minucioso da sociedade e dos estudiosos, sendo sugerido, inclusive, um estudo sobre o tema, pois, neste momento, não é viável um aprofundamento e uma análise. Entretanto, se faz necessário chamar a atenção para tais mudanças que poderão acarretar prejuízos significativos à sociedade e ao sujeito em sofrimento psíquico.

A reforma psiquiátrica não deve ser apenas o rearranjo das técnicas e instituições psiquiátricas, mas sim construir uma nova maneira da sociedade lidar com a loucura, o que significa reinventar a psiquiatria, mas também a própria sociedade em que se vive. Deve propiciar a construção de uma clínica ampliada e transformadora na atenção à saúde, permitindo os profissionais a estarem mais inseridos na comunidade. E, ao mesmo tempo, inserir os usuários do SUS não somente na rede de serviços de saúde, mas também em redes de convivência, de apoio e solidariedade. Essa nova clínica incita práticas que devem fomentar a transformação social, possibilitando a comunidade vislumbrar outros modos de conviver com a loucura, que crie novos encontros, novos modos de produção de vida, novas respostas ao sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BELTRAME, A. *et al.* (org.). **Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa**. Santa Rosa: Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, 1993.

BISOGNIN, Elisiane. **A Rede de Saúde Mental do Município de Santa Rosa** – RS, conhecendo a estrutura. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Gestão em Saúde – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BIZARRIA, Fabiana Pinto de Almeida *et al.* Reflexões sobre Diagnóstico Psiquiátrico à Luz da Psicologia Analítica. **Revista Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 4, n. 2, p. 148-168, dez. 2013.

BORBA, Leticia de Oliveira. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2010.

BORBA, Letícia de Oliveira *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal 8080/1990: **Lei Orgânica da Saúde**. Presidência da República. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 189**, de 19 de novembro de 1991. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Brasília, 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

BRASIL. Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. **Decreto nº 7508**, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019** – CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRISCHILIARI, Adriano; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. O Portador de Transtorno Mental e a Vida em Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 147-156, jan./mar. 2012.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Famílias e Políticas Públicas. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amalia Faller. **Família**: Redes, Laços e Políticas Públicas. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 267-274.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FIGUEIREDO NETO *et al.* **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas.** Disponível em: https://www.passeidireto.

com/arquivo/61919740/o-processo-historico-de-construcao-do-sistema-unico-de--saude-brasileiro-e-as-nov Acesso em: 10 mar. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FUMSSAR. **Protocolos Técnico Assistenciais**. Fundação Municipal de Saúde, Santa Rosa, 2008.

FUMSSAR. **Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Rosa 2013**. Departamento de Planejamento. Documentos internos, 2013.

FUMSSAR. **Relatório de Gestão Anual 2015**. Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa. Documentos Internos, 2016.

GALLERT *et al.* **Subjetividade na pesquisa qualitativa**: uma aproximação da produção teórica de González Rey. Rio de Janeiro: PUC, 2011. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=18055@1. Acesso em: 5 maio 2017.

GALLO, Zelli Machado de Castro. **A Ética Discursiva dos Atores da Política de Saúde de Santa Rosa**. 2007. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). - **Cidades e Estados.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/santa-rosa.html Acesso em: 10 maio 2017.

JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO Maria Cecilia de Araújo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da (org.). **Políticas e cuidado em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

JUNG, Carl Gustav. **Cartas**. Petrópolis: Vozes, 1999.

KLERING, Luis Roque *et al.* Inovação Gerencial no Sistema Único de Saúde: o caso do município de Santa Rosa, Rio Grande do Sul (Brasil). *In:* CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD, Madrid, 1998. **Anais** [...] Madrid: 1998.

LOSACCO, Silvia. O jovem o e contexto familiar. *In:* ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amalia Faller (org.). **Família**: Redes, Laços e Políticas Públicas. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 63-76.

MAGALDI, Felipe Sales. Entre o Inconsciente e a Cidadania. **Ponto Urbe**, 2016. Disponível em: http://journals.openedition.org/pontourbe/3001. Acesso em: 20 set. 2018.

MARSILLAC, Ana Lúcia Mandelli de. Entre-atos: Psicanálise, Arte e Saúde Coletiva. In: CONTE, Bárbara de Souza e HENZEL, Silvana (org.). **Exclusão e inscrição psíquica**: da escuta psicanalítica no social. Porto Alegre: Evangraf, 2012. p. 67-87.

MULLER, Alessandra Regina. **Reflexão Crítica Acerca do Sistema Único de Saúde – SUS na Formação Profissional**: Ponto de vista de acadêmicos de enfermagem. 2002. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

RABELO, Mercedes. Considerações acerca do processo de municipalização da saúde no RS: institucionalidade, financiamento e percalços. **Revista Indicadores Econômicos da Fundação de Economia e Estatística**. v. 23, n. 3, Porto Alegre, 1996.

REINALDO, Amanda M. Saúde Mental na Atenção Básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Escola de Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 173-178 março 2008.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTA ROSA, Prefeitura Municipal de. **Prefeitura Municipal de Santa Rosa/RS**. 2017. Disponível em: https://www.santarosa.rs.gov.br/index2.php Acesso em: 15 maio 2017.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul. 2011.

SANTOS, Francieli Lunelli. KOSSOY, Boris. Fotografia & História. São Paulo: Ateliê Editorial, 2001.

SANTOS, Francieli Lunelli. KOSSOY, Boris. Fotografia & História. **Revista de História Regional**, v. 13, n. 1, p. 141-143 Verão, 2008.

SANTOS, Nádia Maria Weber. **Histórias de Vidas Ausentes**: A tênue fronteira entre a saúde e a doença mental. Passo Fundo: UPF, 2005.

SAWAIA, Bader. Família e Afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. *In:* ACOSTA, Ana Rojas e VITALE, Maria Amalia Faller. **Família**: Redes, Laços e Políticas Públicas. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 39-50.

SOUZA, Andrea Cardoso de. **Estratégias de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./dez., p. 20-45, 2006.

SPINK, Peter Kevin; CLEMENTE, Roberta; KEPPKE, Rosane. Governo local: o mito da descentralização e as novas práticas de governança. **Revista Adm.**, v. 34, n. 1, p. 61-69, 1999.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

WELTER, Ana Carolina; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo. Os prontuários falam: sobre os discursos psiquiátricos na clínica geral. *In:* 15º SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 2016, Florianópolis. **Anais eletrônicos** [...] Florianópolis: 16 a 18 de novembro de 2016.

OUTRAS REFERÊNCIAS CONSULTADAS:

ALBUQUERQUE, Flávia Michelle Pereira *et al.* **Municipalização da saúde e as interfaces com o desenvolvimento dos serviços de saúde em Santa Rosa/RS**. 2017. Disponível em: https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/CIPPS/article/view/7376. Acesso em: mar. 2018.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ANTUNES, Arnaldo; BELLOTTO, Toni. Titãs. **Família**, Álbum Cabeça Dinossauro. Warner/Chappell Music Inc, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo da Apoio a Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica nº 27**, Brasília, 2010.

CARECA, Antonio Carlos. **Sou de Santa Rosa e tá loco de bom**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=5glU8Rbf7jE Acesso em: 10 nov. 2018.

CAZUZA; BRANDÃO, Arnaldo Pires. **O tempo não para**. Álbum O Tempo Não Para. Warner/Chappell Music Inc., 1988.

GONZAGA, Luizinho. **Terras do Juquery**. CD Terras do Juguery, 1994. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=EXhDEsgPIyQ Acesso em: 5 jun. 2017.

JESUS, Hamilton de. Harmonia Enlouquece do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ). **Sufoco da Vida**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ioND-0cHD7I8 Acesso em: 7 jun. 2017.

LEE, Rita; BAPTISTA, Arnaldo. Os Mutantes. **Balada do Louco**, Álbum Mutantes e Seus Cometas no País do Baurets. Warner/Chappell Music Inc, 1972.

RANGEL JUNIOR. **Forró do SUS**. Disponível em: https://marcoaureliofarma.blogspot.com/2016/06/conheca-o-forro-do-sao-joao-do-sus.html Acesso em: 10 jan. 2019.

SEIXAS, Raul; ROBERTO, Claudio. **Maluco Beleza**. 1977. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=01WCtTBNLfk. Acesso em: 15 jun. 2017.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia**: Uma tragédia silenciosa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

VANDRÉ, Geraldo. **Para não dizer que não falei das flores**. 1968. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=KdvsXn8oVPY Acesso em: 12 jan. 2019.

UNIVERSIDADE
FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL